

## Formulario de Quejas por Discriminación

4. Correo Electrónico \_\_\_\_\_

5. Formato accesible Requisitos  Letra grande  Aparato de Telecomunicacion para los Sordos  Cinta de audio  Otro

### Sección II

6. Ha presentando una queja en nuestro propio nombre?  Sí  No

Si usted marcó *Sí* a numero **6**, diríjase a la **Sección III**

7. Si usted marcó *No* a numero **6**, que es el nombre de la persona para quien esta presentando este queja?

Nombre: \_\_\_\_\_

8. Que es su relacion con este individuo? \_\_\_\_\_

9. Por favor explique porque ha presentado para un partido tercero?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Porfavor confirme que ha obtenido permiso para la parte agraviada para presentar de su parte.  Sí  No

### Sección III

11. Usted siente que fue discriminado por su (marque la casilla o casillas que correspondan):

Raza  Color de piel  Nacionalidad

12. La fecha de la presunta discriminacion: (Mes/Dia/Año) \_\_\_\_\_

13. Explique claramente que ocurrió y porque usted fue discriminado. Describa todas las personas que fueron involucrado. Incluya el nombre y el contacto de información de las personas que lo discriminaron (si lo sabe), nombres y informacion de contacto de aglún testigos. Si necesite mas espacio, porfavor adjunte mas hojas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Sección IV

**14.** Ha presentado usted anteriormente una queja Titulo VI con Work Training Center para los Discapacitados?

Sí  No

**15.** Ha presentado una queja con alguna agencia federal, estatal, o local o con algun tribunal federal o estatal.

Sí  No

Si usted marcó *Sí*, marque todo que correspondan y ponga el nombre:

Agencia Federal \_\_\_\_\_  Agencia Estatal \_\_\_\_\_  
 Tribunal Federal \_\_\_\_\_  Agencia Local \_\_\_\_\_  
 Tribunal Estatal \_\_\_\_\_

**16.** Si marcó *Sí* a numero **15**, dé informacion sobre la persona de contacto en la agencia/tribunal donde la queja fue presentado.

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

## Sección VI

Nombre de agencia de tránsito: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

## Firma del demandante:

*Adjunte cualquier documento o evidencia que usted piensa que podria ayudarnos en entender mejor su queja.*

**La firma y fecha es obligatorio abajo para cumplir el formulario:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Porfavor devuelva este formulario en persona o envíelo a este dirección abajo:

Work Training Center para los Discapacitados, Inc. Titulo VI  
Director de Operacion - Cameron Wise  
2255 Fair Street Chico, CA 95928