

Formulario de Queja del Título VI de Servicios de Transportación de la Ciudad de El Monte

Sección I:		
1. Nombre:		
2. Dirección:		
3. Teléfono:		3.a. Teléfono secundario:
4. Correo Electrónico:		
5. ¿Requiere de formatos accesibles? ¿Cuáles?	<input type="checkbox"/> Dispositivo de telecomunicación para sordos	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Sección II:		
6. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? SÍ NO Si la respuesta al N°6 es "sí", prosiga con la sección III		
7. Si la respuesta al N°6 es "no", ¿Cuál es el nombre de la persona por la cual está presentando la queja? Nombre:		
8. ¿Cuál es su relación con esta persona?		
9. Explique la razón por la que presenta la queja en su nombre:		
10. Confirme que cuenta con el permiso de la parte agraviada para presentar esta queja en su nombre:		SÍ NO
Sección III:		
11. Creo que el motivo de la discriminación hacia mi persona se debe a mi: (marque el que corresponda) <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen nacional		
12. ¿Cuándo ocurrió la supuesta discriminación? (mm/dd/aaaa)		
13. Explique de la manera más clara posible qué es lo que sucedió y por qué cree que ha sido discriminado/a. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que lo/a discriminaron (si lo sabe), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio use la parte trasera de este formulario.		

Formulario de Queja del Título VI de Servicios de Transportación de la Ciudad de El Monte, Página 2

Sección IV:		
14. ¿Ha presentado con anterioridad una queja en base al Título VI con la Ciudad de El Monte?	SÍ	NO
Sección V:		
15. ¿Ha llevado esta queja a alguna otra agencia Federal, Estatal o local o alguna corte Federal o Estatal? <input type="checkbox"/> SÍ* <input type="checkbox"/> NO *En caso afirmativo, marque cada casilla que corresponda: <input type="checkbox"/> Agencia Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Estatal _____ <input type="checkbox"/> Corte Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____ <input type="checkbox"/> Corte Estatal _____		
16. Si a la N° 15 respondió "sí" proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia o corte donde se presentó la denuncia:		
Nombre:		
Título:		
Agencia :		
Dirección:		
Teléfono:		Correo Electrónico:

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su denuncia.

Se requiere su firma y la fecha a continuación para completar el formulario.

Firma del denunciante _____ Fecha _____

Complete este formulario en persona o envíela por correo a:

City of El Monte
 City Clerk's Office
 11333 Valley Boulevard
 El Monte, CA 91731

