



DISTRITO DE TRÁNSITO RÁPIDO DEL ÁREA DE LA BAHÍA
DE SAN FRANCISCO
FORMULARIO DE QUEJAS DEL TÍTULO VI

Nombre de la persona que presenta la queja			Teléfono de la casa
Domicilio particular Calle		Ciudad, Estado	Código postal
Raza/grupo étnico		Sexo	Dirección de correo electrónico
Persona discriminada (si no es la misma que presenta la queja)			Teléfono de la casa
Domicilio particular Calle		Ciudad, Estado	Código postal
			Teléfono del trabajo

1. FUNDAMENTO ESPECÍFICO DE LA DISCRIMINACIÓN (Marque los casilleros que correspondan)

- Raza Color Sexo Nacionalidad
 Discapacidad Situación económica Edad Dominio limitado del inglés
 Represalias Otro _____

2. Fecha del presunto acto o actos de discriminación _____

3. DEMANDADO (persona contra la cual se presenta la queja)

Nombre	Raza/grupo étnico	Sexo
Puesto de trabajo	Lugar de trabajo	

3. Describa de qué manera fue discriminado(a). ¿Qué sucedió y quiénes fueron los responsables? Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales.

4. ¿Presentó esta demanda ante otra agencia local, estatal o federal, o ante un tribunal estatal o federal? Sí No
Si la respuesta es sí, marque los organismos ante los cuales presentó la demanda:

- Agencia federal Tribunal federal Agencia estatal Tribunal estatal
 Agencia local Fecha de presentación _____

5. Proporcione información de contacto de un representante del organismo adicional (agencia o tribunal) ante el cual presentó la demanda:

Nombre		
Domicilio Calle		Ciudad, Estado
Código postal		Teléfono

Firme esta demanda en el espacio que figura a continuación. Adjunte todo documento de respaldo.

Firma	Fecha
-------	-------