

# Título VI: Formulario de Queja por Discriminación



*Este formulario puede ser impreso y utilizado para la presentación de Quejas del Título VI a SPARTAN en transporte público*

Nota: Pedimos la siguiente información para que nos ayuden en el procesamiento de su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor háganos saber. Si no es capaz de completar el formulario personalmente, La Coordinadora del Título VI, Andy Cates, le ayudará a hacerlo en un momento mutuamente conveniente. Simplemente llame al 806-894-3800/800-462-8747 para hacer su solicitud. Si la Coordinadora del Título VI le ayuda a completar el formulario, usted todavía tendrá que firmar para validar la información proporcionada.

## 1. Información de Querellante

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

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en casa \_\_\_\_\_

Otro número de teléfono \_\_\_\_\_

## 2. La información sobre la persona discriminada (si alguien que no sea querellante)

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

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono en casa \_\_\_\_\_

Otro número de teléfono \_\_\_\_\_

## 3. Información para la persona / departamento que usted cree que discriminó en su contra.

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

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico \_\_\_\_\_

## 4. ¿En qué fecha ocurrió la supuesta discriminación? (Debe ser dentro de los últimos 180 días)

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

(Continúa en la página siguiente)

**5. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón que usted cree que la discriminación ocurrió?**

**Era porque:**

Raza o Origen Nacional (indicar por qué)

---

Color (indicar por qué)

---

Discapacidad (indicar por qué)

---

**6. En sus propias palabras, describe la supuesta discriminación. Explique lo que ocurrió, y quien considera que fue responsable.**

---

---

---

---

---

---

---

---

(Utilice más hojas o el dorso de esta página, si es necesario)

**7. ¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier tribunal/corte federal o estatal?**

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

**If Yes Please check all that apply:**

- \_\_\_\_\_ Agencia Federal
- \_\_\_\_\_ La corte federal
- \_\_\_\_\_ La agencia estatal
- \_\_\_\_\_ Estado judicial
- \_\_\_\_\_ Una agencia local

(Continúa en la página siguiente)

**7b. Si su respuesta are "Si". proporcionar información sobre una persona de contacto en la otra agencia / tribunal corte donde se presentó la queja.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_  
Número telefónico \_\_\_\_\_

**8. ¿Tiene intención de presentar esta queja con otra agencia?**

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

**En caso afirmativo, cuándo y dónde se va a presentar la queja?**

Agencia: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado e código postal: \_\_\_\_\_  
Número telefónico \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_

**9. Por favor, firmar y fechar este formulario a continuación. Usted puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su queja.**

\_\_\_\_\_  
Firma de Querellante \_\_\_\_\_  
Fecha

**Si este formulario fue completado por alguien que no sea el autor, sirvanse proporcionar información sobre quien ayudo al denunciante con este documento.**

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