

MADERA COUNTY
TITULO VI FORMULARIO DE QUEJA

Sección I: (Favor de escribir en forma legible)

1. Nombre: _____
2. Dirección: _____
3. Teléfono: _____ 3.a. Teléfono Secundario (Opcional): _____
4. Correo Electrónico: _____
5. Requisitos en formato accesible?
 Letra Grande Cinta de Audio TDD Otra Forma

Sección II:

7. Esta presentando esta queja en su propio nombre? Si* _____ No _____
 *Si contesto "si" al #6, baje a la Sección III.
8. Si contesto "no" al #6, cual es el nombre de la persona por cual usted esta representando la queja? Nombre: _____
9. Cual es la relación con este individuo: _____
 Favor de explicar porque usted esta representando a una tercera persona: _____

10. Favor de confirmar que usted obtuvo permiso de someter una queja con la persona afectada. Si _____ No _____

Sección III:

11. Yo creo que la discriminación por la que pase fue basada por (Marque la que pertenezca):
 Raza Color Origen Nacional
12. Fecha de la presunta discriminación: (mm/dd/aaaa) _____
13. Explique lo mas claro posible lo que paso y porque cree que fue discriminado. Describe todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona(s) que lo discrimino (si se conoce), así como los nombres y la información de los testigos en contacto. Si se necesita mas espacio, por favor use el reverso de este formulario.

Sección IV:

14. Ha presentado anteriormente una queja del Titulo VI con el Condado de Madera?
 Si _____ No _____

Sección V:

15. Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?

Si _____ No _____

Si contesto si, marque el que aplique:

[] Agencia Federal _____ [] Agencia Estatal _____

[] Corte Federal _____ [] Agencia Local _____

[] Corte Estatal _____

16. Si contesto "si" al #15, favor de proveer información de una persona cual usted tubo contacto con la agencia/corte donde se sometió la queja.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Sección VI:

Nombre de la Agencia de Transito cual se inicio su queja: _____

Persona de Contacto: _____

Teléfono: _____

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que cree que es relevante para su queja.

Firma y fecha es requerida para someter esta forma:

Firma _____ Fecha _____

Favor de someter esta forma en persona o por correo a la siguiente dirección:

Titulo VI Coordinador de Conformidad
Madera County Road Department
200 W. 4th Street
Madera, CA 93637