

Yolo County Transportation District Formulario de Reclamo del Título VI

SECCION 1				
Nombre:				
Dirección:				
Número Telefónico (Casa):			Número Telefónico (Trabajo):	
Correo Electrónico:				
¿Formato Accesible Requerido?	Letra Grande		Braille	
	TDD		Otro	

SECCION 2		
¿Esta Ud. llenando este reclamo en su nombre?	Si	No
<i>Si contesto que "Si" a esta pregunta, proceda a la Sección 3</i>		
Si contesto que "No" a esta pregunta, por favor indique el nombre y relación de la persona por quien está presentando el reclamo.	Nombre: _____	
	Relación: _____	
Si está presentando el reclamo en nombre de un tercero, por favor confirme si ha obtenido el consentimiento de la parte agraviada?	Si	No

SECCION 3
<p>Creo que la discriminación que sufrí está basada en (marque todos los que apliquen):</p> <p> <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional </p> <p>Fecha de la supuesta discriminación (Día, Mes, Año): _____</p> <p>Explique lo más claramente posible lo que paso y porque cree que fue discriminado. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre e información de contacto de la(s) persona(s) que discriminaron contra Ud. (si lo sabe), así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use otra hoja de papel.</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

