

# Discrimination ADA/Title VI Complaint Form – Spanish

## Forma Para Poner una Queja de la Ley de Discriminación

Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja

Parte I: Información de la persona que está poniendo queja:		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono (Casa):	Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:		
Necesita usted formato alternativo por su queja?	<input type="checkbox"/> Grande Letras?	<input type="checkbox"/> Cinta Grabada?
	<input type="checkbox"/> Teléfono Discapacidad?	<input type="checkbox"/> Otra?
Parte II: Persona a la que discriminó (si es alguien que no es la persona que está poniendo la queja.		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono (Casa):	Teléfono (Trabajo):	
Parte III:		
¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?:		
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Nacionalidad (Especifique) _____	
<input type="checkbox"/> Color (Especifique) _____	<input type="checkbox"/> Discapacidad (Especifique) _____	
¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación?: _____		
¿En donde sucedió la discriminación? _____		
_____		
¿Cuál es el nombre y título de la persona(s) que usted siente que cometió la discriminación contra usted (si lo sabe)? _____		

Describe la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja). \_\_\_\_\_

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

**Parte IV:**

Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.

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

**Parte V:**

Si ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal or estatal, marque todas las que apliquen.

- Agencia Federal: \_\_\_\_\_  Corte Federal: \_\_\_\_\_  
 Agencia Estatal: \_\_\_\_\_  Corte Estatal: \_\_\_\_\_  
 Agencia Local: \_\_\_\_\_

Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.

Nombre:

Dirección:

Cuidad:

Estado:

Código Postal:

Teléfono (Casa):

Teléfono (Trabajo):

Por favor firme abajo. Puede incluir cualquier material escrito u otra información que usted crea que es importante para probar su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona que presenta la queja

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Central Yavapai Transit Foundation Title VI Coordinator**

**P. O. Box 10775**

**Prescott, AZ 86304**

**928 776-9332**

[centrallyavapaitransitfound@gmail.com](mailto:centrallyavapaitransitfound@gmail.com)

Por favor presione el botón de "Enviar" cuando haya completado esta forma para que lo envíe por correo electrónico a [www.cytfoundation.org](http://www.cytfoundation.org)

Se pueden agregar documentos adicionales a este correo.