

**Agencia de Transporte Regional HCAOG Título VI Formulario de Reclamación****Apartado I: *Por favor, escriba de forma legible***

1. Nombre:

2. Dirección:

3. Número de teléfono:

3.a. Otro número (Opcional):

4. Dirección de e-mail:

5. ¿Cuál es el método de comunicación deseado para realizar la reclamación?

 En letra grande En cinta de audio Un dispositivo de telecomunicación para personas sordas (TDD) Otro**Apartado II**

6. ¿Está usted cumplimentando este formulario para usted mismo?

Si\*

No

\* Si su respuesta ha sido "sí" a la pregunta 6, por favor vaya al apartado III

7. Si su respuesta ha sido "no" a la pregunta 6, ¿Podría usted indicar el nombre de la persona para la que está cumplimentando este formulario?

Nombre:

8.Cuál es su relación con dicha persona:

9. Por favor, explique por qué ha cumplimentado este formulario para una tercera persona:

10. Por favor, ratifique que usted ha obtenido permiso por parte del agraviado para cumplimentar este formulario en su nombre:

Si

No

**Apartado III**

11. Considero que la discriminación que he sufrido ha sido en base a (marque todas las casillas que sean aplicables)

Raza                       Color                       Nacionalidad

12. Fecha en que sufrió la supuesta discriminación (mm/dd/aaaa):

13. Explique con la mayor claridad posible los eventos acontecidos y por qué cree usted que ha sido discriminado. Describa a todas las personas implicadas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que discriminaron contra usted (si los conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si precisa de más espacio, por favor use la parte de atrás de este formulario.

**Apartado IV**

14. ¿Ha hecho usted con anterioridad alguna reclamación de Título VI a HCAOG?	Si	No
---	----	----

**Apartado V:**

15. ¿Ha presentado usted esta reclamación contra otra agencia Federal, Estatal o local, o bien contra un tribunal Federal o Estatal?

Sí \*                       No

\*Si la respuesta es "sí", seleccione todas las casillas que sean aplicables:

Agencia Federal \_\_\_\_\_  Agencia Estatal

\_\_\_\_\_

Tribunal Federal \_\_\_\_\_  Agencia Local

\_\_\_\_\_

Tribunal Estatal \_\_\_\_\_

16. Si su respuesta a la pregunta 15 ha sido "sí", aporte información sobre una persona de contacto en la mencionada agencia/tribunal donde se presentó la reclamación.

Nombre:

Título:

Agencia:

Dirección:

Número de Teléfono:

E-mail:

**Apartado VI:**

Nombre de la agencia contra la que se presentó la reclamación:

Persona de Contacto:

Título:

Número de Teléfono:

Puede usted adjuntar cualquier escrito o cualquier otra información que crea relevante para su reclamación:

Para completar el formulario se requiere que usted firme y ponga la fecha más abajo.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Por favor entregue este formulario en persona, o por correo a la dirección que se encuentra más abajo:

HCAOG Título VI Administrador del programa

611 "I" Street, Suite B

Eureka, CA 95501