

Formulario de Quejas del Título VI de City of Avalon

Sección I: escriba de forma legible		
1. Nombre:		
2. Dirección:		
3. Teléfono :	3.a. Teléfono secundario (opcional):	
4. Dirección de correo electrónico		
5. Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Section II:		
6. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	SI*	NO
* Si respondió "sí" al # 6, vaya a la Sección III.		
7. Si respondió "no" al # 6, ¿cuál es el nombre de la persona por la que está presentando esta queja? Nombre:		
8. ¿Cuál es su relación con este individuo?		
9. Explique por qué ha solicitado un tercero:		
10. Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada para presentar un reclamo en su nombre.	SI	NO
Section III:		
11. Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):		
<input type="checkbox"/> Race Origin	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> National
12. Fecha de presunta discriminación : (mm/dd/yyyy)		
13. Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si lo conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, adjunte hojas de papel adicionales.		
Section IV		
14. ¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI ante la Ciudad de Avalon?	SI	NO
Section V:		
15. ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?		
<input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO		
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:		

<input type="checkbox"/> Agencia Federal _____	<input type="checkbox"/> Agencia del estado _____
<input type="checkbox"/> Corte federal _____	<input type="checkbox"/> Agencia local _____
<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal _____	
16. Si respondió "sí" al # 15, brinde información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.	
Nombre:	
Título :	
Agencia :	
Dirección :	
Teléfono :	Email:
Section VI:	
El nombre de la queja de la agencia de tránsito es contra :	
Persona de contacto :	
Teléfono :	

If Information is needed in another language, contact 310-510-0220.

Si se necesita informacion en otro idioma, contacte al 310-510-0220.

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo.

La firma y la fecha se requieren a continuación para completar el formulario:

Firma _____ Fecha _____

Envíe este formulario en persona o envíelo por correo a la siguiente dirección:

City of Avalon, Title VI Coordinator

P.O. Box 707

410 Avalon Canyon Road

Avalon, CA 90704

