



TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA

Bajo el Título VI del Acto de Derechos Civil 1964 y estatutos y reglamentos relacionados, ninguna persona, por motivos de raza, color, sexo, edad, origen nacional, o discapacidad, ser excluido de la participación en, ser negado los beneficios de, o de lo contrario sometidos a discriminación bajo cualquier programa, servicio o actividad administrada por la Ciudad de Merced. Cualquier persona que se siente que él o ella ha sido discriminada puede presentar una queja. Si usted siente que ha sido discriminado por la Ciudad de Merced, proporcione la siguiente información. Su queja será investigada, y recibirá una respuesta. Todas las quejas deben ser recibidas con 90 días de la discriminación.

Tu Nombre:

APELLIDO, Primer Segundo	Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo)
Dirección	Ciudad/Código Postal	Teléfono Celular

Nombre de la Persona Discriminada (si es diferente de arriba):

APELLIDO, Primer Segundo	Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo)
Dirección	Ciudad/Código Postal	Teléfono Celular

Testigos:

Nombre de Testigo (APELLIDO, Primer Segundo)	Dirección Ciudad/Código Postal	Teléfono (Casa, Trabajo, Celular)
Nombre de Testigo (APELLIDO, Primer Segundo)	Dirección Ciudad/Código Postal	Teléfono (Casa, Trabajo, Celular)

Por favor marcar por qué crees que ocurrió la discriminación:

- Raza o color Edad Origen Nacional
 Sexo Discapacidad Otro _____

Fecha/Hora Alegado Discriminación Ocurrió	Lugar de Ocurrencia
<p>Dar una breve narración de los acontecimientos que condujeron a esta queja. Puede agregar hojas adicionales si es necesario.</p> <p>¿Qué tipo de acción correctiva quieres ver tomado?</p>	
Su Firma	Fecha

Por favor adjunte cualquier documento que usted tiene que apoyan la queja.

Por Correo: Suzanne Fierro, Gerente de Recursos Humanos, 678 W. 18th St., Merced, CA 95340 o correo electrónico a Title.VI@dot.ca.gov.