



# Formulario de quejas de Titulo VI

**Al llenar el formulario, someta el original firmado o la carta en persona o por correo a:**

Tim Watkins, Oficial de Información Publica  
Gobiernos Asociados de San Bernardino  
1170 W. 3<sup>rd</sup> Street, Second Floor  
San Bernardino, CA 92410-1715

**¿Preguntas?**

Teléfono: (909) 884-8276  
Servicio de Transmisión de California 7-1-1  
(para los usuarios TTY)

**1. Información de Contacto**

Nombre del Demandante: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono de trabajo: \_\_\_\_\_

**¿Cuáles son los días y las horas más convenientes para que nos comuniquemos con Usted acerca de su queja?**

**2. Base de la(s) acción(es) discriminatoria (s):**

**Marque abajo todas las categorías que aplican al hecho(s) de la discriminación.**

a	<input type="checkbox"/>	Raza
b	<input type="checkbox"/>	Color
C	<input type="checkbox"/>	Origen Nacional (Favor de indicar su origen nacional.):

**3. Fecha y lugar de la(s) acción(es) presunta (s).**

Incluya la fecha más temprana de la discriminación y la fecha más reciente de la discriminación:

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_  
Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

**4. ¿Cómo ha sido discriminado Usted?**

Describa la naturaleza de la acción, decisión, o las condiciones de la presunta discriminación. Explique lo más claramente posible qué ha sucedido y porqué Usted cree que su estado (base) protegido (a) fue un factor en su discriminación. Incluya cómo el trato que otras personas han recibido fue diferente a su trato. (Si necesite, adjunte página (s) adicional (es)).



# Formulario de quejas de Titulo VI

**5. Nombres de los individuos responsables por la(s) acción (es) discriminatoria (s):**

**6. Nombres de los individuos (testigos, empleados compañeros, supervisores u otros) a quienes les podamos contactar para una información adicional para apoyar o clarificar su queja.**

(Si necesite, adjunte página (s) adicional (es)).

Nombre	Domicilio	Numero de Teléfono
1.		
2.		

**7. ¿Ha sido presentada esta queja con cualquier otra agencia de investigación Federal, Estatal o local?**

**No**     **Sí** Si “sí”, favor de proveer la información siguiente:

Agencia: \_\_\_\_\_

Persona de Contacto: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de Presentación: \_\_\_\_\_

**8. Favor de proveer cualquier otra información adicional que Usted piensa que asistiría en la investigación:**

**Favor de firmar y fechar este formulario ▼.**

**Firma del demandante**

**Fecha**