

# Transitions Commute Solutions, LLC

## FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI

1. Su nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

2. Persona a la que se discriminó (si es alguien distinto de usted):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

3. ¿En qué se basó la discriminación?: (Marque todas las que correspondan)

Raza    Color    Origen nacional    Sexo    Género    Capacidad limitada para hablar inglés

Bajos ingresos    Edad    Incapacidad    Justicia ambiental    Otros \_\_\_\_\_

4. Fecha(s) de los incidentes o acciones que dieron como consecuencia la discriminación: \_\_\_\_\_

5. Describa los incidentes o acciones que cree que fueron discriminatorios. ¿Qué pasó y quién fue responsable? Si necesita más espacio, puede adjuntar páginas adicionales.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

6. ¿Alguien presencié los eventos descritos anteriormente? Si es así, proporcione su información abajo:

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

Nombre del testigo: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

7. ¿También presentó una queja ante otra oficina federal, estatal o local, un tribunal federal o estatal, u otra organización?

Sí       No

En caso afirmativo, sírvase indicar todas las oficinas ante las que ha presentado una queja:

Oficina federal  Tribunal federal  Oficina estatal  Tribunal estatal  Oficina local

Otra \_\_\_\_\_

8. Proporcione a una persona de contacto para la otra agencia o agencias ante las cuales presentó la queja:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Al firmar al calce, certifica que la información que ha proporcionado es verdadera y exacta hasta donde usted sabe:

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha: