

## Ventura County Transportation Commission

### Título VI Forma de Queja

El Título VI de los derechos civiles de 1964 exige que "Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color o origen nacional, ser excluido de la participación en, ser negado los beneficios de, o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal."

La información solicitada es necesaria para asistirnos en el procesamiento de su queja. Por favor avísenos si usted requiere ayuda en completar esta forma.

Complete y devuelva esta forma a:

VCTC Transit Director  
751 E. Daily Drive #420  
Camarillo, CA 93010

1. Nombre del reclamante: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

3. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

4. Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (negocio): \_\_\_\_\_

5. Persona de discriminación (si alguien que no sea el reclamante):

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (negocio): \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón usted cree que la discriminación ocurrió? ¿Fue debido a su:

a. Raza / Color:

b. Origen Nacional:

7. ¿Qué fecha ocurrió la supuesta discriminación? \_\_\_\_\_

8. En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explique lo que ocurrió y a quien usted cree que fue responsable. Por favor use otra página (o atrás de la forma) si se necesita espacio.

9. ¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia gubernamental, o con algún tribunal federal o estatal? Sí:  No:

Si la respuesta es sí, marque cada caja que se aplica:

agencia federal;  tribunal federal;  organismo estatal;  tribunal estatal;  agencia local

**Ventura County Transportation Commission**

10. Por favor proporcione la información sobre una persona de contacto en la agencia o tribunal donde la queja fue presentada.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

11. Por favor firme abajo. Usted puede incluir cualquier material escrito o otra información que usted cree es pertinente a su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha