

**VALLEY TRANSIT DISTRICT/COUNCIL OF GOVERNMENTS  
TITULO VI FORMA DE DENUNCIA DE DISCRIMINACION**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección del Calle \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

**Por Título VI Quejas de Discriminación usan cuadro de abajo**

<u>Derechos Civiles queja por discriminación a causa de:</u> ___ Raza    ___ Color    ___ Origen Nacional
---

Otro tipo de queja por discriminación:    \_\_\_ Sexo    \_\_\_ Edad    \_\_\_ Discapacidad    \_\_\_ Otros Motivos

Favor de indicar la fecha y la ubicación de la supuesta discriminación, el nombre de la persona que presuntamente ha discriminado incluyendo los títulos (si se conoce)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Favor de incluir los nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier testigo.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Explique brevemente y claramente, lo que pasó, como se sintió que fue discriminado y quien estuvo implicado. Si procede, incluye si las otras personas fueron tratados diferentes en las mismas circunstancias.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Usted puede usar hojas adicionales si es necesario. También, por favor incluya cualquier material escrito referente a su queja.