



## TÍTULO VI FORULARIO DE QUEJAS

FAST se compromete en asegurar a sus empleados la participación y el goce de sus beneficios independientemente de su raza, color u origen nacional en conformidad a la Ley de Derechos Civiles de 1964 y su correspondiente enmienda. Las quejas o demandas referentes en el Título VI de dicha ley deben presentarse en un plazo máximo de 180 días a partir de la fecha de la discriminación alegada.

Necesitamos la información solicitada a continuación a fin de poder ayudarle a procesar su queja o demanda. Si requiere cualquier tipo de ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con el Administrador del Programa Título VI llamando al 707-434-3800. El formulario debe entregarse al Administrador del Programa Título VI de FAST, Centro de Transportes de Fairfield, 2000 Cadenasso Drive, Fairfield, CA 94533.

<b>Sección I</b>				
<b>Nombre:</b>				
<b>Dirección:</b>				
<b>Teléfono (Domicilio):</b>			<b>Teléfono (Trabajo):</b>	
Correo electrónico:				
Necesita un formato especial?	Letra grande		<b>Audio</b>	
	TDD (para sordos)		<b>Otros</b>	
<b>Sección II</b>				
¿Está presentando esta reclamación en su nombre?			Sí*	No
*Si su respuesta es afirmativa, diríjase a la Sección III.				
En caso de ser negativa, facilite el nombre y parentesco con la persona por la cual presenta esta reclamación:				
Explique brevemente las razones por las que se ha utilizado una tercera persona:				
Confirme haber obtenido la autorización de la parte agraviada si está presentando esta reclamación por una tercera persona.			Sí	No

**Sección III**

Considero que he sido víctima de una discriminación en base a (selecciones una de las casillas):

Raza                       Color                       Origen nacional

Fecha de la discriminación alegada (mes, día, año): \_\_\_\_\_

Explique con la mayor claridad posible los hechos acaecidos y el porqué cree que ha sido discriminado. Cite y describa a todas las personas que estaban implicadas. Si fuese posible, indique el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo han discriminado así como los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, escriba en el dorso de esta forma.

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

**Sección IV**

¿Ha presentado con anterioridad una queja o demanda con esta agencia conforme al Título VI?

Sí

No

**Sección V**

¿Ha presentado esta queja o demanda en otras agencias federales, estatales o locales, o en un tribunal federal o estatal?

Sí                       No

Si es afirmativo, marque todas las casillas que correspondan:

Agencia federal \_\_\_\_\_

Tribunal federal \_\_\_\_\_

Tribunal estatal \_\_\_\_\_

Agencia estatal \_\_\_\_\_

Agencia local \_\_\_\_\_

Favor de facilitar a continuación los datos de una persona de contacto en la agencia/tribunal dónde se presentó la queja o demanda.

**Nombre:**

**Título:**

**Agencia:**

**Dirección:**

**Teléfono:**

**Sección VI**

Nombre de la agencia contra quién se presenta la queja o demanda:

Persona de contacto:

Título o puesto:

Teléfono:

Puede adjuntar material escrito o cualquier otra información que considere ser relevante a su queja o demanda.

Firme y escriba la fecha a continuación:

---

Firma

---

Fecha

Preguntas relacionadas al formulario o proceso de FAST

Título VI:

Fairfield and Suisun Transit

Administrador del Programa Título VI

Teléfono: 707-434-3800

Fax: 707-426-3298

Dirección: 2000 Cadenasso Drive, Fairfield, CA 94533

**OFFICE USE ONLY**

DATE RECEIVED:

RECEIVED BY: