



1503 N. IMPERIAL AVE., SUITE 104  
EL CENTRO, CA 92243-2875  
PHONE: (760) 592-4494  
FAX: (760) 592-4410

## **Título VI Formulario Para Reclamo**

El Título VI del Acto de los Derechos Civiles de 1964 establece que “Ninguna persona en los Estados Unidos debe, por causa de raza, color, u origen nacional sea excluida de participación en, o ser negado los beneficios de, o ser sujeto a discriminación bajo cualquier programa o actividad que recibe asistencia financiera de parte del gobierno federal.”

La siguiente información es necesaria en asistirnos para procesar su reclamo. Si usted necesita ayuda para llenar este formulario, por favor háganoslo saber.

Llene y regrese este formulario al Coordinador de Título VI: Imperial County Transportation Commission, 1503 N. Imperial Ave. Suite 104, El Centro, CA 92243.

1. Nombre del Demandante: \_\_\_\_\_
2. Domicilio: \_\_\_\_\_
3. Ciudad \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_
4. Número de Teléfono (Hogar): \_\_\_\_\_ (Celular): \_\_\_\_\_
5. Correo Electronico: \_\_\_\_\_
6. Persona que fue discriminada (en caso de una persona distinta del autor):

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

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

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

Explique la razón por la que el reclamo es presentado a través de una tercera persona:

\_\_\_\_\_

Confirme que ha obtenido permiso del agraviado: Si ☐ No ☐

7. ¿Cuál de las siguientes describe mejor la razón que usted cree que la discriminación se llevó a cabo? ¿Fue debido a su?:

a. Raza: ☐

b. Color: ☐

b. Origen Nacional: ☐

8. ¿En qué fecha sucedió la presunta discriminación? \_\_\_\_\_

9. En sus propias palabras describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quien cree usted fue responsable. Por favor utiliza el reverso de este formulario si necesita más espacio.

---

---

---

---

---

---

10. ¿A usted presentado esta queja a alguna otra agencia federal, estatal, o local; o con alguna corte federal o estatal? Si: ☐ No: ☐

En caso afirmativo, por favor marque cada cuadrito que corresponde:

Agencia Federal ☐ Corte Federal ☐ Agencia Estatal ☐

Corte Estatal ☐ Agencia Local ☐

11. Por favor provea información sobre una persona de contacto en la agencia/corte donde presento su demanda:

Nombre \_\_\_\_\_

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

Cuidad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

12. Firma y fecha requeridas abajo. Usted puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su queja.

---

Firme del Demandante

---

Fecha