

Title VI of the Civil Rights Act of 1964 states “No person in the United States of America shall, on the ground of race, color or national origin, be excluded from, participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving federal financial assistance.”

*Titulo VI del acta de derechos civiles de 1964 dice “Ninguna persona en los Estados Unidos de América basado en su raza, color, u origen de nacionalidad ser excluida de participar, o ser negada beneficios, o ser sometido a discriminación bajo un programa o actividad de recibir asistencia financiera.*

Please provide the following information necessary in order to process your complaint.

*Favor de proveer la siguiente informacion necesaria para procesar su queja.*

Assistance is available upon request. Complete this form and mail or deliver to:

*Tenemos Asistencia Disponible si es necesitada. Complete esta forma y mandela por correo o en persona.*

Fresno Area Express  
Attn: Title VI Coordinator  
2223 “G” Street  
Fresno CA 93706-1600

- 
1. Complainant’s Name/*Nombre*: \_\_\_\_\_
  
  2. Address/*Direccion*: \_\_\_\_\_
  
  3. City/*Ciudad*: \_\_\_\_\_ State/*Estado*: \_\_\_\_\_ Zip Code/*Codigo Postal*: \_\_\_\_\_
  
  4. Telephone No. (Home)/*Numero de Telefono (Casa)*: \_\_\_\_\_ (Work/*Trabajo*): \_\_\_\_\_
  
  5. Person discriminated against (if other than complainant)/*Persona afectada por la discriminacion*:  
Name/*Nombre*: \_\_\_\_\_  
Address/*Direccion*: \_\_\_\_\_  
City/*Ciudad*: \_\_\_\_\_ State/*Estado*: \_\_\_\_\_ Zip Code/*Codigo Postal*: \_\_\_\_\_
  
  6. What was the discrimination based on? (Check all that apply)/*Tipo de discriminacion?*  
 Race/*Raza*       Color/*Color de piel*       National Origin /*Origen Nacional*
  
  7. Date of incident resulting in discrimination/*Fecha en que ocurrio la discriminacion*: \_\_\_\_\_
  
  8. Describe how you were discriminated against/*Describe como discriminaron contra usted.*  
What happened and who was responsible/*Que sucedió y quien es responsable?*  
For additional space, attach additional sheets as needed/*Para mas espacio use una nueva pagina.*  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
  
  9. What FAX representative(s) is the person alleging was/were involved?/*Cual representante de FAX fue involucrado?*  
\_\_\_\_\_

10. Where did the incident take place?/Donde tomo acabo la situacion? \_\_\_\_\_  
 Please provide location, bus number, drivers name, etc./Local, numero de autobus, nombre del chofer.  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

11. Witnesses? Please provide their contact information. /Testigos? Provee la informacion de los testigos.

Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
 Address/Direccion: \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Telephone No. (Home)/Numero de Telefono (Casa): \_\_\_\_\_ (Work/Trabajo): \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
 Address/Direccion: \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Telephone No. (Home)/Numero de Telefono (Casa): \_\_\_\_\_ (Work/Trabajo): \_\_\_\_\_

Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
 Address/Direccion: \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Telephone No. (Home)/Numero de Telefono (Casa): \_\_\_\_\_ (Work/Trabajo): \_\_\_\_\_

12. Did you file this complaint with another federal, state, or local agency; or with a federal or state court?  
 (Check the appropriate space)  Yes  No

*Registro esta queja con otra agencia federal, estatal, o agencia local; o con el corte federal o estatal?*  
 Si  No

If answer is yes, check each agency complaint was filed with:

Federal Agency  Federal Court  State Agency  
 State Court  Local Agency  Other

*Si su respuesta fue "Si" verifique la agencia que uso:*

Agencia Federal  Corte Federal  Agencia Estatal  
 Corte Estatal  Agencia Local  Otra

13. Provide the contact person information for the agency you also filed the complaint with:

*Provee informacion de contacto personal de la agencia con quien metio la queja:*

Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
 Address/Direccion: \_\_\_\_\_  
 City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: \_\_\_\_\_ Zip Code/Codigo Postal: \_\_\_\_\_  
 Telephone No. (Home)/Numero de Telefono (Casa): \_\_\_\_\_ (Work/Trabajo): \_\_\_\_\_

Sign the complaint in the space below. Attach any documents you believe supports your complaint.  
*Firme en el espacio de abajo. Mande documentos que usted crea puedan soportar sus alegaciones.*

Complainant's Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Signature Date/Fecha: \_\_\_\_\_