

## Formulario de Quejas para Título VI

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 establece que “Ninguna persona en los Estados Unidos de América, por motivos de raza, color u origen nacional, será excluida, participará, se le negarán los beneficios o será objeto de discriminación en virtud de cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal.”

Por favor provea la siguiente información necesaria para procesar su queja.

Si necesita asistencia para completar este formulario, llame al Coordinador del Título VI al (559) 621-7433 o marque 711 para Servicio de Retransmisión de California. Complete este formulario, firmelo, y envíelo por correo o entréguelo a:

Fresno Area Express (FAX)  
Atención: Coordinador del Título VI  
2223 “G” Street  
Fresno CA 93706-1600

---

1. Nombre de la Persona con Quejas: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

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

4. Número de Teléfono (Casa/Celular): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

5. Persona afectada por la supuesta discriminación (si distinta a la persona con quejas):  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

6. Tipo de discriminación? (Marque todos lo que correspondan)  
 Raza                       Color de Piel                       Origen Nacional

7. Fecha en que ocurrió la supuesta discriminación: \_\_\_\_\_

8. En sus propias palabras, describa como supuestamente discriminaron contra usted.  
Que sucedió y quien es responsable?  
Para mas espacio, use una nueva página.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Cual representante or cuales representantes de FAX fue o fueron involucrado(s)?  
\_\_\_\_\_

10. Donde tomó cabo la situación? \_\_\_\_\_  
Locación, número de autobus, nombre del chofer, etc.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Testigos? Favor de proveer la información de los testigos.

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (Casa/Celular): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (Casa/ Celular): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (Casa/ Celular): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

12. Registró esta queja con otra agencia, federal, estatal, o agencia local; o con la corte federal o estatal?

Si       No

Si su respuesta fue "Si" verifique la agencia que usó:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Agencia Federal	<input type="checkbox"/> Corte Federal	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal
<input type="checkbox"/> Corte Estatal	<input type="checkbox"/> Agencia Local	<input type="checkbox"/> Otro

13. Provea información de contacto personal de la agencia con quien metió la queja:

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_  
Número de Teléfono (Celular): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

---

Firme en el espacio de abajo. Mande documentos que usted crea puedan soportar sus alegaciones.

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