



Sistema de Tránsito de la Ciudad de Madera  
Denuncia de derechos civiles

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 exige que: "Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, será excluida de la participación, se le negarán los beneficios o será objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal."

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Administrador del Programa de Tránsito al 559.661.3693. Complete y envíe este formulario a:

Gerente del Programa de Tránsito - Especialista de Cumplimiento  
205 W. 4<sup>th</sup> Street  
Madera, Ca. 93638

1. Nombre del demandante: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

3. City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

4. Teléfono (domicilio): \_\_\_\_\_ (empresa): \_\_\_\_\_

5. Persona discriminada (si alguien distinto del denunciante):

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

Dirección: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación? ¿Fue por tu culpa:

- a. Raza/Color    b. Origen nacional    c. Edad    d. Gender    e. Ingresos

7. ¿En qué fecha se produjo la presunta discriminación?

---

8. En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explica lo que pasó y quién crees que fue el responsable.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

9. ¿Ha presentado este documento conforme con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier tribunal federal o estatal? Sí o No o

En caso afirmativo, marque cada casilla que corresponda:

Agencia federal o Tribunal federal o Agencia estatal o Tribunal estatal o  
Agencia local o

10. Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en el organismo/tribunal en el que se presentó la denuncia.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

11. Por favor, firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

---

Complainant's Signature

Fechar