

# Formulario de Queja por Discriminación

## Título VI y ADA

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Sección I:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                       |                                                                                |
| Nombre:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                |
| DIRECCIÓN:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                                                                |
| Teléfono (Domicilio):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Teléfono (Trabajo):                   |                                                                                |
| Dirección de correo electrónico:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                       |                                                                                |
| ¿Requisitos de formato accesible?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> letra grande | <input type="checkbox"/> Cinta de audio                                        |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> TDD          | <input type="checkbox"/> Otro                                                  |
| <b>Sección II:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                                                                                |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sí*          | <input type="checkbox"/> No                                                    |
| <i>*Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la <b>Sección III</b>.</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                       |                                                                                |
| De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por quien presenta la queja.                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                       |                                                                                |
| Explique por qué ha presentado una solicitud en nombre de un tercero:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                                                                |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la presentación en nombre de un tercero.                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí           | <input type="checkbox"/> No                                                    |
| <b>Sección III:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                       |                                                                                |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                       |                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Raza                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Color        | <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                       |                                                                                |
| Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si las conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. |                                       |                                                                                |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                                                                |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                                                                |
| _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                       |                                                                                |
| <b>Sección IV:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                       |                                                                                |
| ¿Ha presentado anteriormente una denuncia por discriminación ante esta agencia?                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sí           | <input type="checkbox"/> No                                                    |

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia sobre su queja anterior.

**Sección V:**

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

☐ sí ☐ No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

☐ Agencia Federal: \_\_\_\_\_

☐ Tribunal Federal: \_\_\_\_\_ ☐ Agencia Estatal: \_\_\_\_\_

☐ Tribunal Estatal: \_\_\_\_\_ ☐ Agencia Local: \_\_\_\_\_

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

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

Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**Sección VI:**

Nombre de la agencia la queja es contra: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que presenta la queja: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Ubicación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (si está disponible): \_\_\_\_\_

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Su firma y fecha se **requieren** a continuación:

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma

**Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación o envíelo por correo a:**

**Southern Nevada Transit Coalition  
LuzMa Ramirez, Titulo VI Coordinador  
260 E. Laughlin Civic Drive, Laughlin, NV 89029  
702-298-4435  
LRamirez@sntc.net**

Puede encontrar una copia de este formulario en línea en **www.sntc.net**