

Formulario de Quejas del Título VI de la Agencia de Transporte Municipal de San Francisco

SFMTA

Municipal Transportation Agency

NOMBRE DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA: _____ TELÉFONO DE LA CASA: _____

DOMICILIO PARTICULAR CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DEL TRABAJO: _____ RAZA/GRUPO ÉTNICO: _____ SEXO: _____

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: _____

PERSONA DISCRIMINADA (SI NO ES LA MISMA QUE PRESENTA LA QUEJA): _____

DOMICILIO PARTICULAR CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO DE LA CASA: _____ TELÉFONO DEL TRABAJO: _____

1. FUNDAMENTO ESPECÍFICO DE LA DISCRIMINACIÓN (Marque los casilleros que correspondan): Raza Color Nacionalidad

2. Fecha del presunto acto o actos de discriminación _____

3. DEMANDADO (persona contra la cual se presenta la queja):

NOMBRE: _____ PUESTO DE TRABAJO: _____

LUGAR DE TRABAJO: _____

4. Describa de qué manera fue discriminado(a). ¿Qué sucedió y quiénes fueron los responsables? Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales.

5. ¿Presentó esta demanda ante otra agencia local, estatal o federal, o ante un tribunal estatal o federal? SÍ NO

Si la respuesta es sí, marque los organismos ante los cuales presentó la demanda:

 Agencia federal Tribunal federal Agencia estatal Tribunal estatal Agencia local Fecha de presentación _____

6. Proporcione información de contacto de un representante del organismo adicional (agencia o tribunal) ante el cual presentó la demanda:

NOMBRE: _____ TELÉFONO: _____

DOMICILIO PARTICULAR CALLE: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

Firme esta demanda en el espacio que figura a continuación. Adjunte todo documento de respaldo.

FIRMA: _____ FECHA: _____

Por favor enviar el formulario de queja firmado por correo, fax o correo electrónico

a: San Francisco Municipal Transportation Agency (SFMTA)

ATTN: Title VI Complaints

One South Van Ness Avenue, 7th Floor

San Francisco, CA 9410

FAX: 415.701.4502