



## Formulario de reclamo en virtud del Título VI

Según lo requerido por la Administración Federal de Transito (FTA) y como se establece en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964:

*"En Estados Unidos, no se excluirá de la participación a ninguna persona, ni se le negarán beneficios, ni se la discriminará de ningún programa o actividad que reciba asistencia federal por su raza, color u origen nacional." (42 U.S.C. 2000d)*

Si considera que ha sido objeto de discriminación por su raza, color, origen nacional, religión, género, edad, discapacidad (tratada a través de un procedimiento de reclamo por separado en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades - ADA), estado civil, orientación sexual, o estado en las fuerzas armadas, complete este formulario proporcionando la mayor cantidad de detalles posible. Debe presentar este formulario completo dentro de los 180 días posteriores al incidente. Si necesita ayuda para completar el formulario por cualquier motivo, póngase en contacto con la Oficina del Gerente de la Ciudad al (562) 299-6619.

<b>Sección I:</b>	
Nombre: _____	
Dirección: _____	
Teléfono (casa): _____	Teléfono (celular): _____
Correo electrónico: _____	
<b>Sección II:</b>	
¿Presenta este reclamo en nombre propio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si respondió "Sí", pase a la Sección III	
Si respondió "No":	
Indique el nombre y la relación con la persona por quien presenta este formulario: _____	
Explique por qué lo presenta por un tercero: _____	
¿Obtuvo el permiso de la parte agravada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>Sección III:</b>	
Considero que la discriminación experimentada se basó en (marque todos los que correspondan):	
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color
<input type="checkbox"/> Origen nacional	<input type="checkbox"/> Otro* _____
Fecha de la discriminación alegada (mes, día, año): _____	
(sigue al dorso)	

Explique lo más clara y exhaustivamente posible lo sucedido y por qué considera que usted (u otra persona) fue discriminado/a. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo/la discriminaron (si los conoce) y nombres e información de contacto de testigos, si los hubiera. Si necesita más espacio, adjunte más hojas.

**Sección IV:**

¿Ya había presentado un reclamo bajo el Título VI ante esta agencia?

Sí

No

**Sección V:**

¿Presentó este reclamo ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?  Sí  No

Si respondió que sí, marque todos los que correspondan e indique el nombre de la agencia:

Agencia federal \_\_\_\_\_

Agencia estatal \_\_\_\_\_

Tribunal federal \_\_\_\_\_

Tribunal estatal \_\_\_\_\_

Agencia local \_\_\_\_\_

Otro \_\_\_\_\_

Proporcione información de la persona de contacto en la agencia/tribunal(es) donde se presentó el reclamo. Si se trata de más de una agencia/tribunal, adjunte hojas adicionales.

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

Título: \_\_\_\_\_

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Adjunte cualquier material escrito u otra información que considere pertinente para su reclamo. Se requieren firma y fecha.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Presente este formulario en persona en la siguiente dirección, o envíelo por correo a:

City Manager's Office  
1111 Brookshire Ave., 3rd Floor  
Downey, CA 90241  
(562) 299-6619