



Shasta County
1450 Court Street, Suite 348
Redding, CA 96001

FORMULARIO DE QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN CONFORME AL TÍTULO VI

Nombre de la persona que presenta la queja: _____

Domicilio: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____

Correo electrónico: _____

Fecha del incidente y hora del incidente: _____

Lugar del incidente: _____

Discriminación debido a (marque las que aplican):

Raza

Color

Origen Nacional

Edad

Sexo

Discapacidad

Sírvase suministrar el/los nombre(s) de los empleados del condado que supuestamente le discriminaron, inclusive los cargos que ocupan (si se saben).

Identifique cuál servicio, programa o actividad del condado no cumplió con el Título VI de la ley de Derechos Civiles de 1964.

Proporcione los nombres, direcciones y números de teléfono de los individuos que poseen información relacionada con el incidente.

Explique lo más claramente posible lo que ocurrió, de qué modo considera que se discriminó en su contra y quién estuvo involucrado. Por favor incluya de qué modo se trató diferente a otras personas comparado con usted.

Firma del que presenta la queja: _____

Fecha: _____