



Shasta County Department of Public Works
1855 Placer Street
Redding, CA 96001

FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN CONFORME AL TÍTULO VI

Nombre del que presenta la queja:

Dirección (calle):

Ciudad/Estado/Código postal:

Teléfono: _____ Correo electrónico:

Fecha del incidente: _____ Hora del incidente:

Fecha de la queja: _____ Lugar del incidente:

Número del bus: _____ Ruta del bus:

Causa de la discriminación: Raza Color Origen nacional

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

Identifique cuál servicio, programa o actividad de the County no cumplió con el Título VI del Acta 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, cómo usted siente que le discriminaron y quién estuvo involucrado. Por favor incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted.

Firma del que presenta la queja: _____ *Fecha:* _____