|  |
| --- |
| **SECCION I: POR FAVOR ESCRIBA LEGIBLEMENTE** |
| 1: Nombre: |
| 2. Dirección: Ciudad: Estado: |
| 3. Teléfono: 3.a. Teléfono Secundario (Opcional) |
| 4. Correo Electronico: |
| 5. Requisito de formulario [ ]LETRA GRANDE [ ] SONIDO  [ ]TELEFONO VISUAL [ ] OTRO  |
| **SECCION II:**  |
| 6. Está usted llenando este formulario para usted mismo? SI \* [ ] NO [ ] |
|  \*Si contesto “si” a la pregunta #6, ir a la sección III. |
| 7. Si contesto usted “no” a la pregunta #6, cual es el nombre de la persona de la que está ayudando? Nombre: |
| 8. Cuál es su relación con este individuo: |
| 9. Por favor explique porque reclama por esta persona: |
| 10. Por favor confirme que usted ha obtenido permiso de esta persona para llenar el formulario.  Si [ ] No [ ] |
| **SECCION III:** |
| 11. Creo yo que la discriminación fue basada en (marque todo lo que aplique):[ ] Raza [ ] Color [ ] Origen Nacional |
| 12. Fecha de Discriminación: (mes/día/año) |
| 13 Explique lo más claro posible lo que paso y porque cree usted que fue descrinado/a. Describa todas las personas que fueron involucradas. Incluya el nombre e información de la persona o personas las cuales discriminaron contra usted. Así como los nombres de los testigos si hubo algunos. Si necesita más espacio por favor use la parte de atrás.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

5c

|  |
| --- |
| **SECCION IV:** |
| 14. Alguna vez ha usted puesto alguna queja contra la Oficina de Educación del Condado de Glenn? [ ] Si [ ] No |
| **SECCION V:** |
| 15 Ha puesto esta queja con alguna otra agencia?  [ ] Si \* [ ] No Por favor marque todo lo que aplique: [ ] Agencia Federal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Agencia Estatal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]Corte Federal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ] Agencia Local\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ [ ]Corte Estatal\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| 16. Si contesto “si” a #15 por favor de información sobre la persona en la agencia/corte donde fue puesto la queja. |
| Nombre: |
| Titulo: |
| Agencia: |
| Dirección: |
| Teléfono: Correo Electrónico: |
| **SECCION VI:** |
| Nombre de la Agencia de Transito de la cual la queja fue puesta contra: |
| Contacto: |
| Telephone: |

Puede usted incluir cualquier otro material o información que piense usted le va ayudar con su queja. Firma y fecha son requeridas para completar la forma:

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 La queja también puede ser puesta directamente en la Administración de Transito Federal, como sigue:

 Title VI Program Coordinator, FTA Office of Civil Rights, East Building 5th Floor-TCR,

 1200 New Jersey Ave., S.E., Washington, D.C. 20590

5d