

# **Folsom Stage Line**

## **Formulario de queja por el Título VI**

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 obliga a que "Ninguna persona en los Estados Unidos, sobre la base de la raza, el color o la nacionalidad, podrá ser excluida de participar en, se le podrán negar los beneficios de, ni sufrirá discriminación en ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera federal".

La siguiente información es necesaria para que podamos procesar su queja. Infórmenos si necesita ayuda para completar este formulario.

Complete y envíe este formulario a:

City of Folsom  
Public Works/Utilities Operations Manager  
50 Natoma Street  
Folsom, CA 95630  
Fax: 916 355-8362  
Correo electrónico: kgary@folsom.ca.us

1. Nombre de la persona que realiza la queja: \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

3. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

4. Número de teléfono (hogar): \_\_\_\_\_ (trabajo): \_\_\_\_\_

5. Persona que sufrió la discriminación (si es diferente de la persona que presenta la queja)

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál de los siguientes cree que describe mejor el motivo por el que fue discriminado? Fue por su:

a. Raza/color: \_\_\_\_\_

b. Nacionalidad: \_\_\_\_\_

7. ¿Cuándo se produjo la supuesta discriminación? \_\_\_\_\_

8. Describa la supuesta discriminación en sus propias palabras. Explique qué ocurrió y quién cree que fue el responsable. Utilice el reverso del formulario si necesita espacio adicional.

---

---

---

---

9. ¿Presentó esta queja en algún otro organismo federal, estatal o local, o en algún tribunal federal o estatal? Sí: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, marque todas las que correspondan:

\_\_\_\_\_

Organismo federal: \_\_\_\_\_

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

Organismo estatal: \_\_\_\_\_

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

Organismo local: \_\_\_\_\_

10. Suministre información sobre la persona de contacto en el organismo/el tribunal donde se presentó la queja.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

11. Firme abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea que es relevante para su queja.

\_\_\_\_\_

Firma de la persona que presenta la queja \_\_\_\_\_ Fecha

Si tiene dudas o necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Gerente de Obras Públicas/ Operaciones de Servicios al (916) 355-8395 o [kgary@folsom.ca.us](mailto:kgary@folsom.ca.us).