



## Título VI Denuncia Forma

Título VI de la ley de derechos civiles de 1964 requiere que "ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color y origen nacional, se excluirá de la participación en, negar los beneficios de o ser objeto de discriminación en cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal."

La siguiente información es necesaria para que nos ayuden en el procesamiento de su queja. Si necesita cualquier ayuda para completar este formulario, háganoslo saber. Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por motivos de raza, color u origen nacional puede presentar este formulario de queja.

Completar y devolver este formulario a Tahoe Transportation District, PO Box 499, Zephyr Cove, NV 89448 (correo) o 128 Market Street, Suite 3F, Stateline, NV 89449 (entrega en mano).

1. El Nombre del Querellante: \_\_\_\_\_
2. Domicilio: \_\_\_\_\_
3. Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_
4. Teléfono: \_\_\_\_\_
5. Persona discriminaciónada (si no es querellante):  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_
6. ¿Qué se basa la discriminación? (Marque todas las que apliquen)
  - a. Raza:
  - b. Color:
  - c. Origen Nacional:
7. Fecha de incidente dando lugar a la discriminación: \_\_\_\_\_

8. Describir cómo fueron discriminados. ¿Lo que pasó y quién fue el responsable?  
Para espacio adicional, adjuntar hojas adicionales de papel o la parte posterior del formulario.

---

---

---

---

9. ¿Presentó esta denuncia con otro federal, estatal o agencia local; o ante un tribunal federal o estatal? Sí:  No:

En caso afirmativo, comprobar cada cuadro que se aplica.

Federal	<input type="checkbox"/>	Federal Tribunal	<input type="checkbox"/>	Estado Agencia	<input type="checkbox"/>
Estado Tribunal	<input type="checkbox"/>	Agencia Local	<input type="checkbox"/>	Otro	<input type="checkbox"/>

10. Proporcionar la información de contacto para la agencia que también presentó la denuncia ante:

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

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_

Fecha de archivo: \_\_\_\_\_

Por favor su firma

\_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Puede adjuntar cualquier materiales escrito u otra información que puede ser pertinente a su queja.**