



## Formulario de Reclamo de CityBus para el Título VI

Santa Rosa CityBus se compromete a que ninguna persona sea excluida de participar o se le nieguen los beneficios de sus servicios en base a su raza, color u origen nacional, según lo dispuesto por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según enmendada. La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su reclamo. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con nuestra oficina de servicio al cliente de CityBus llamando al (707) 543-3333. Las quejas del Título VI se deben presentar dentro de los 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación. El formulario completo puede devolverse a la Ciudad de Santa Rosa en la siguiente dirección:

City of Santa Rosa Human Resources Department  
Attn: Risk Manager  
100 Santa Rosa Avenue, Room 1  
Santa Rosa, CA 95404

### Demandante

Su Nombre

Correo Electrónico

Teléfono

Dirección

Ciudad  Estado  Código Postal

Persona (s) que alega discriminación (si es diferente del demandante). Adjunte una página adicional si necesita más espacio.

Su Nombre

Correo Electrónico

Teléfono

Dirección

Ciudad  Estado  Código Postal

¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón de la supuesta discriminación? (marque uno o más)

Raza  Color  Origen nacional, incluido el dominio limitado del inglés

### Por favor describa el presunto incidente de discriminación.

Fecha del incidente  Número de autobús (si corresponde)

Hora aproximada del día  Número de ruta (si corresponde)

Ubicación

Por favor explique qué sucedió y quién cree que fue el responsable. Proporcione tantos detalles como sea posible. Hay más espacio disponible en la parte posterior de este formulario o adjunte una página adicional si necesita más espacio.

Nombres e información de contacto para testigos:

¿Ha presentado una queja con respecto a la presunta discriminación con otras agencias federales, estatales o locales? Marque uno.

Si  No

En caso afirmativo, enumere las agencias y la información de contacto

Nombre de Agencia

Correo Electrónico

Teléfono

Dirección

Ciudad  Estado  Código Postal

Nombre de Agencia

Correo Electrónico

Teléfono

Dirección

Ciudad  Estado  Código Postal

Confirmando que he leído el cargo anterior y que es verdadero según mi leal saber y entender, información y creencias.

Escriba el nombre del Demandante

Fecha

Firma del Demandante

**Para Uso por la Ciudad de Santa Rosa**

Date Received: \_\_\_\_\_

Received By: \_\_\_\_\_