



**FORMULARIO DE QUEJA CONFORME AL  
TÍTULO VI  
Oficina de Igualdad de Oportunidades de  
Empleo (EEO, por sus siglas en inglés)**

VIA se compromete a asegurar que no se excluya a ninguna persona de participar en los beneficios de su servicio, ni se le nieguen dichos beneficios, ni que ninguna persona esté sujeta a discriminación por razones de raza, color o nacionalidad, conforme al Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y sus enmiendas. Además de lo establecido en el Título VI, VIA prohíbe la discriminación por razones de sexo, edad o discapacidad, así como conocimiento limitado del idioma inglés. Las quejas conforme al Título VI se deben presentar dentro de los 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con la encargada de la Oficina de Igualdad de Oportunidades de Empleo (EEO) llamando al 210-362-2075. El formulario contestado se debe enviar a:

VIA Metropolitan Transit  
Sylvia A. Enriquez, EEO Officer  
Post Office Box 12489  
San Antonio, Texas 78212

Su nombre: \_\_\_\_\_

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

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Persona que supuestamente fue discriminada (si no es la persona que presenta la queja): \_\_\_\_\_

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

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

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

postal: \_\_\_\_\_

¿Cuál de las siguientes opciones describe más exactamente la razón por la que cree que ocurrió la supuesta discriminación?

(Marque una): \_\_\_\_\_ Raza

\_\_\_\_\_ Color



---

---

---

---

¿Ha presentado una queja con respecto a esta supuesta discriminación ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

\_\_\_\_\_ Sí                      \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es "Sí", identifique la agencia o el tribunal donde se presentó la queja y proporcione información de contacto a continuación:

Agencia: \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Tribunal: \_\_\_\_\_  
Nombre de contacto: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Declaro que he leído la acusación anterior y que, a mi leal saber y entender, es verdadera.

\_\_\_\_\_  
Firma del denunciante de la queja                      Fecha

<p><b>EEO OFFICE USE ONLY:</b></p> <p><b>Date VIA Received:</b> _____ <b>Received By:</b> _____</p>
---