



## TÍTULO VI/FORMULARIO DE QUEJAS DE DERECHOS CIVILES TÍTULO VI

VIA Metropolitan Transit se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar en o de que se le nieguen los beneficios o que sea objeto de discriminación al recibir sus servicios o programas en base a raza, color o país de origen (dominio limitado del inglés) protegida por El Título VI de Ley de Derechos Civiles de 1964, en su forma enmendada. Además, VIA prohíbe la discriminación basada en sexo, edad y discapacidad. Las reclamaciones deben ser presentadas dentro de los 180 días de la fecha de la presunta discriminación.

Es necesaria la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Si usted necesita cualquier tipo de ayuda para completar este formulario, por favor comuníquese a la Oficina de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEO por sus siglas en inglés) llamando al 210-362-2075 o por correo electrónico a [martha.flores@viainfo.net](mailto:martha.flores@viainfo.net).

Por favor llene, firme y regrese este formulario a:

VIA Metropolitan Transit  
Martha Flores, EEO Officer  
800 West Myrtle, Suite 102  
San Antonio, TX 78212

<b>Sección I</b>	
Nombre:	
Dirección, ciudad, estado y código postal:	
Teléfono (casa):	Teléfono (trabajo):
Dirección de correo electrónico:	
<b>Sección II</b>	
Persona(s) a quien (es) se le (s) discriminó (si es otra persona diferente al denunciante): Nombre(s):	
Dirección, ciudad, estado y código postal:	
<b>Sección III</b>	
Yo creo que la discriminación que yo experimenté estuvo basada en (marque todas las opciones que aplican) <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> País de Origen (dominio limitado del inglés) <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Edad	

Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): \_\_\_\_\_

Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y porqué usted cree que se le discriminó. Proporcione los nombres y puestos de todos los empleados y/o los servicios o programas de VIA involucrados. Explique lo que sucedió, quién cree usted que fue responsable y otra información relevante, específica. Por favor adjunte hojas adicionales si necesita más espacio. Asimismo, por favor incluya cualquier material escrito u otra información que usted piense que es relevante para su queja.

#### Sección IV

¿Ha usted presentado una queja por discriminación con esta agencia anteriormente?

Sí  No

*Si contestó que sí, por favor proporcione la fecha en la cual presentó la queja, un resumen de las denuncias de discriminación contenidas en su queja y la disposición o resolución.*

#### Sección V

¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia local, estatal o federal o en algún tribunal estatal o federal?

Sí  No

Si contestó que sí, marque todas las opciones que apliquen y dé el nombre de la agencia o tribunal.

Agencia Federal \_\_\_\_\_  Agencia Estatal \_\_\_\_\_

Tribunal Federal \_\_\_\_\_  Agencia Local \_\_\_\_\_

Por favor proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la reclamación:

Nombre:

Título:

Agencia:

Teléfono:

Yo ratifico que he leído el cargo antes mencionado y es correcto según mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del denunciante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba con letra de molde o a máquina el nombre del denunciante

*PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA EEO:*

Fecha de recibido por VIA: \_\_\_\_\_ Recibido por: \_\_\_\_\_