



## FORMULARIO DE QUEJA CONFORME AL TÍTULO VI

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. Mendez, 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: \_\_\_\_\_

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

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

- \_\_\_\_\_ Sexo
- \_\_\_\_\_ Edad
- \_\_\_\_\_ Conocimiento limitado del idioma inglés

¿En qué fecha ocurrió la supuesta discriminación? \_\_\_\_\_  
En sus propias palabras, describa el incidente de la supuesta discriminación. Proporcione los nombres y cargos de todos los empleados de VIA y/o los servicios o programas de VIA involucrados. Explique qué sucedió, quién cree usted que fue responsable y demás información específica relevante. Adjunte hojas extras si se requiere más espacio. Además, incluya cualquier material escrito u otra información que crea que sea relevante a su queja.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿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

**EEO OFFICE USE ONLY:**

**Date VIA Received:** \_\_\_\_\_ **Received By:** \_\_\_\_\_