



Ciudad de Lodi Formulario de Queja de Título VI y Estatutos Relacionados

AVISO DE INFORMACIÓN PERSONAL

De acuerdo con la Ley de Información Confidencial Federal (P.L. 93-579) y el Acto de Prácticas de Información de 1977 (Secciones de Código de los Estadutos Civiles 1798, y seq.), el aviso es por este medio dado para la petición de la información personal por esta forma. La información personal solicita voluntaria. El objetivo principal de la información voluntaria es facilitar el procesamiento de esta forma. La falta de proporcionar toda o cualquier parte de la información solicitada puede retrasar el procesamiento de esta forma. Ninguna revelación de la información personal será hecha a menos que no permisible bajo el Artículo 6, la Sección 1798.24 del IPA de 1977. Cada individuo tiene el derecho sobre petición e identificación apropiada, inspeccionar toda la información personal en cualquier registro mantenido en el individuo por una identificación particular.

SECCIÓN 1

Nombre de Demandante: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: (____) _____ E-mail: _____

Ciudadano Empleado Solicitante Vendedor

¿Requisitos de formato accesible? Letra grande Cinta de audio Otros: _____

SECCIÓN 2

¿Está presentando esta queja por si mismo? Sí No

Si respondió sí a esta pregunta, vaya a la sección 3.

Si no es así, por favor proporcione el nombre y el parentesco con la persona por la cual presenta su queja:

Nombre: _____ Parentesco: _____

Por favor explique por qué está declarando por un tercero: _____

Por favor confirme que ha obtenido la autorización de la parte perjudicada si está presentando en nombre de un tercero: Sí No

SECCIÓN 3

Yo creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):

Raza Color Origen Nacional Discapacidad Religión Edad Sexo Orientación Sexual

Otro: _____

Fecha del hecho: _____

Lugar del hecho: _____

Por favor, incluya las fechas más tempranas y más recientes de discriminación.

Nombre(s) y oficio(s) de la(s) persona(s) que creo me discriminaban:

La acción o decisión que me llevó a creer que fui discriminado es lo siguiente:

(Por favor explica tan claramente como posible lo que ocurrió y la razón que usted cree que sus beneficios fueron negados, diferidos o afectados. Incluya información sobre como otras personas fueron tratada en una manera diferente de usted. Puede adjuntar páginas adicionales, si es necesario.)

Por favor escriba los nombres y los números de teléfono de cualquier o todos los testigos:

Por favor indique lo que usted piensa debería hacerse para resolver la queja:

Las leyes prohíben represalias contra cualquier persona porque él/ella ha tomado medidas, o participado en una acción, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted siente que ha sido víctima de represalias (separada de la discriminación alegada arriba), explique las circunstancias siguientes:

SECCIÓN 4

¿Ha presentado previamente una queja de Título VI y Estatutos Relacionados con esta agencia?

Sí No

SECCIÓN 5

¿Ha presentado esta queja con otra agencia Federal, Estatal o Local o con cualquier Corte Federal o Estatal?

Yes No

En caso que sí, marque lo que corresponda:

Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo Dept. de Empleado y Alojamiento Justo
 Administración de Carretera Federal/Departamento de Transportación de EE.UU. (USDOT) Administración de Tránsito Federal de EE.UU. /USDOT Corte Federal o Estatal Agencia Local

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

Nombre: _____ Título: _____

Agencia/Corte: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Fecha archivado: _____ Número de caso: _____ Fecha de juicio: _____

Puede adjuntar materiales escritos adicionales u otra información que considere relativa a su queja.

Nota: El uso de la forma de queja no es obligatorio. Usted puede presentar su queja en cualquier forma que incluya su firma. Por favor, firmar y fechar el formulario de queja a continuación.

Certifico que la información mencionada es verdadera y correcta a mi conocimiento.

Firma: _____ **Nombre escrito:** _____ **Fecha:** _____

**Por favor envíala a: Julia Tyack, City of Lodi Title VI Coordinator
221 W. Pine Street
PO Box 3006
Lodi, CA 95241-1910**

A petición, ajustes razonables serán proporcionados para completar este formulario, o se proporcionará copias del formulario en formatos alternativos. Póngase en contacto con el Coordinador del ADA/Sección 504 en la dirección mencionada anteriormente, a través del teléfono (209) 333-6700 o a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones (TRS) marcando 7-1-1 o por correo electrónico jwood@lodi.gov