



Titular VI

SOLICITUD PARA UNA QUEJA

Solicitud Para Una Queja

Instrucciones: Si usted quiere presentar una queja del Titular VI al Departamento de Servicios a la Comunidad de Harris Oficina de Servicios de Transito (HCCSD), por favor de llenar la solicitud abajo y enviarla a: Office of Transit Services, Attn: Director, 8410 Lantern Point Drive, Houston, Texas 77054. Para preguntas o un copia detallada de la póliza y procedimiento de queja Titular VI de HCCSD llame al 713-578-2216, o visite www.harriscountytransit.com o por correo electrónico: transit@csd.hctx.net

1. Nombre (Solicitante):														
2. Teléfono:	3. Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal):													
4. Si aplica, nombre de todas las persona(s) quien supuestamente discrimino en contra de usted:														
5. Ubicación y posición de la persona(s), si se conoce:	6. Fecha del incidente:													
7. Discriminación por causa de: <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Raza/ Color</td> <td><input type="checkbox"/> Sexo (incluye acoso sexual)</td> <td><input type="checkbox"/> Veterano de al Época de Vietnam</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Origen Nacional</td> <td><input type="checkbox"/> Orientación Sexual</td> <td><input type="checkbox"/> Veterano Deshabilitado</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Credo/ Religión</td> <td><input type="checkbox"/> Estado civil</td> <td><input type="checkbox"/> Represalias</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Por Deshabilitado</td> <td><input type="checkbox"/> Edad</td> <td><input type="checkbox"/> Ingles Limitado</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Raza/ Color	<input type="checkbox"/> Sexo (incluye acoso sexual)	<input type="checkbox"/> Veterano de al Época de Vietnam	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Veterano Deshabilitado	<input type="checkbox"/> Credo/ Religión	<input type="checkbox"/> Estado civil	<input type="checkbox"/> Represalias	<input type="checkbox"/> Por Deshabilitado	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Ingles Limitado
<input type="checkbox"/> Raza/ Color	<input type="checkbox"/> Sexo (incluye acoso sexual)	<input type="checkbox"/> Veterano de al Época de Vietnam												
<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Veterano Deshabilitado												
<input type="checkbox"/> Credo/ Religión	<input type="checkbox"/> Estado civil	<input type="checkbox"/> Represalias												
<input type="checkbox"/> Por Deshabilitado	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Ingles Limitado												
8. Explique lo más breve y claramente posible lo que ocurrió y como usted cree que fue discriminado. Indique quien estuvo involucrado. Asegúrese de incluir como cree que otras personas fueron tratadas diferentes a usted. Además, adjunte cualquier información en escrito refiriéndose a su caso.														

9. ¿Por que usted cree que ocurrió este acontecimiento?
10. ¿Que otra información cree usted que es pertinente a la investigación?
11. ¿Como puede este asunto ser aclarado a su satisfacción?
<p>12. Por favor de nombrar cualquier persona(s) que podamos contactar para información adicional que sostenga o clarifique su queja (testigos):</p> <p>Nombre: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____</p>
<p>13. ¿Usted a presentado una queja con cualquier otra agencia federal, estatal, o local; o con cualquier corte federal o estatal?</p> <p><input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si contesto que si, por favor de marcar todos los que apliquen:</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia Federal <input type="checkbox"/> Corte Federal <input type="checkbox"/> Corte Estatal</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia Local <input type="checkbox"/> Agencia Estatal</p> <p>Si usted ha presentado en alguna agencia y/o corte, por favor proporcione la información de una persona de contacto en la agencia/corte en donde una queja fue presentada.</p> <p>Agencia/Corte: _____ Nombre de Contacto: _____ Domicilio: _____ Teléfono: _____</p>
<p>Firma (Solicitante) _____ Fecha de presentación: _____</p>