



City of Chula Vista: Title VI Civil Rights Act, Discrimination

APPENDIX B - FORMULARIO DE QUEJA

Nombre del demandante		Fecha de hoy	
Dirección			
Email		Teléfono	

SI UN REPRESENTANTE LEGALMENTE AUTORIZADO PRESENTA LA RECLAMO EN SU NOMBRE, SU NOMBRE, DIRECCION Y NÚMERO DE TELEFONO DEBE INCLUIRSE.

Nombre del Representante			
Dirección			
Email		Teléfono	
Fecha del presunto incidente		Hora del supuesto incidente	
Ubicación/Dirección del supuesto incidente			

Describa su queja y por qué cree que fue discriminado:(adjunte páginas adicionales si es necesario):

Si el supuesto incidente involucró a una(s) agencia(s) estatal(es) o federal(es), nombre(s) de la lista(s)):

Nombre e Información de Contacto de los Testigos, si corresponde:

Nombre		Teléfono	
Nombre		Teléfono	

Describa como remediar su queja: (adjunte páginas adicionales si es necesario)

¿Ha presentado una queja del Título VI ante la Ciudad de Chula Vista anteriormente? Sí
 No

¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier otra corte federal o estatal? Si es así, ¿indicar dónde?

Afirmo que esta información es cierta y verdadera a mi mejor saber y entender.

Firma (Reclamante o su representante autorizado) _____
Fecha

Nota: El acuse de recibo de esta queja será e proporcionada dentro de 5 días calendarios después de recibir la queja. (Para mas detalles lea el proceso de quejas). Al presentar esta queja ante la Ciudad de Chula Vista no le impide presentar una queja ante otras agencias estatales o federales que proporcionen fondos federales al demandante. Para obtener información adicional sobre las oficinas estatales y federales, comuníquese con el Coordinador del Título VI de la Ciudad.

Por favor, imprima, complete y envíe el formulario a:

City of Chula Vista
Attn: Title VI Coordinator
Director of Human Resources/Risk Manager
276 Fourth Avenue, Bldg. C
Chula Vista, CA 91910