



FORMULARIO DE QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

Instrucciones: Si usted cree que Full Access and Coordinated Transportation (FACT) se ha involucrado en la discriminación a una o más personas en servicios de transporte u otros servicios de FACT, por favor llene el formulario en su totalidad, usando tinta negra o usar su computadora. Fírmela y envíe a la dirección abajo. Maneras alternativas de presentar su queja, para personas con discapacidades están disponibles si lo requiere.

Denunciante: Nombre y Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Mobil: _____

Si no es el Denunciante: Nombre y Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa: _____ Mobil: _____

Fecha de la Discriminación _____

Creo que la discriminación que experimente, o de la que estoy enterado fue basado en,
(marque todas las que apliquen)

() Raza () Color () Origen de Nacionalidad () Desabilidad () Otro

Describa los supuestos actos de discriminación. Favor de proveer el nombre(s) de los individuos responsables (use el espacio en la siguiente página o agregue paginas adicionales si es necesario). Si marcó "otro" en la sección de arriba, incluya la categoría por la cual supuesta discriminación sucedió (condición médica, sexo, estado de veterano militar, etc.):

Ha presentado alguna queja con algún cedente de FACT, Departamento de Justicia, Federal, Estatal o agencia local de derechos civiles o alguna corte?

Si: _____ No: _____

Si su respuesta fue si:

Agencia o corte: _____

Persona para contactar: _____



Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal _____

Teléfono: _____

Fecha que presentó su queja: _____

Espacio adicional para sus respuestas:

Firma: _____

Fecha: _____

Mande por correo a la siguiente dirección:
Director of Grants and Procurement
FACT
516 Civic Center Drive
Oceanside, CA 92054