

**La Autoridad Local de Transporte del Condado de San Benito  
Formulario de Quejas del Título VI**

Nombre de la persona que presenta la queja		Teléfono de la casa
Domicilio particular Calle Ciudad, Estado Código postal		Teléfono del trabajo
Raza/grupo étnico	Sexo	Dirección de correo electrónico
Persona discriminada (si no es la misma que presenta la queja)		Teléfono de la casa
Domicilio particular Calle Ciudad, Estado Código postal		Teléfono del trabajo

1. Fundamento específico de la discriminación (Marque los casilleros que correspondan)

Raza                                       Color                                       Nacionalidad

2. Fecha del presunto acto o actos de discriminación: \_\_\_\_\_

3. Demandado (persona contra la cual se presenta la queja)

Nombre	
Puesto de trabajo	Lugar de trabajo

4. Describa de qué manera fue discriminado(a). ¿Qué sucedió y quiénes fueron los responsables? Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales.


