



Transbay Transit Center

FORMULARIO DE QUEJA DEL TÍTULO VI

** Información requerida*

Nombre de la persona víctima de discriminación*	Nombre de la persona que presenta la queja (si es diferente)
Fundamento específico de la discriminación*	Método de contacto preferido*: <input type="checkbox"/> Dirección de casa <input type="checkbox"/> Dirección de correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono

¿Estuvo involucrado en la discriminación alguno de los siguientes? (marque todos los que correspondan)

AC Transit Amtrak Golden Gate Transit Greyhound Muni Paratransit SamTrans WestCAT

¿Ocurrió la discriminación en un negocio de un Centro de tránsito? Especifique.	¿Ocurrió la discriminación en otro lugar en el Centro de tránsito? Describa.
--	---

Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año)*

Describa la situación y explique la razón por la que cree que usted fue víctima de discriminación.*
 Proporcione el nombre de la(s) persona(s) (si los conoce) o de lo contrario describa quién lo discriminó. Indique los nombres y la información de contacto de todos los testigos (si los conoce).

Usted puede adjuntar todos los documentos escritos u otra información que considere importante para su queja.

¿Ha presentado esta queja ante alguna de las siguientes partes? Si su respuesta es sí, identifique y proporcione el nombre de una persona de contacto.

Agencia federal Agencia estatal Agencia local Tribunal federal o estatal

Firma _____

Fecha _____

Favor de enviar a: Transbay Joint Powers Authority
Puede enviar Attn: Title VI Complaint
este formulario 201 Mission Street, Suite 2100
por correo postal, correo San Francisco, CA 94105
electrónico o en persona TitleVIcomments@transbaycenter.org

For Internal Use:

Name of Person Accepting Form:	Employer/Agency:
Title:	Telephone: