



City of South Gate

4900 SOUTHERN AVENUE * SOUTH GATE, CA 90280
(323) 563-5443 * FAX (323) 564-8632
www.cityofsouthgate.org

Formulario Para Quejas Sobre Derechos Civiles (Civil Rights Complaint Form)

El Título VI de la Acta de Derechos Civiles de 1964 (Title VI of the 1964 Civil Rights Act) u otros estatutos y regulaciones referente a la no discriminación, requieren que ninguna persona sea excluida de participar o ser negada beneficios a servicios, o ser discriminado bajo cualquier programa o actividad que recibe asistencia financiera federal basado sobre su sexo, edad, incapacidad, grupo étnico o orientación sexual.

Además de utilizar el proceso de quejas de Derechos Civiles de la Ciudad de South Gate, un querellante puede poner un queja Título VI (Title VI) referente a raza, color de piel, u origen nacional con la Administración Federal de Transito (Federal Transit Administration [FTA]), Office of Civil Rights, Region IX, 201 Mission Street, Suite 1650, San Francisco, CA 94105-1839. El querellante puede poner un queja con la organización de Acta de Americanos con Incapacidades (ADA), dirigiéndose al FTA Director, FTA Office of Civil Rights, East Building- 5th Floor, TCR, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington DC 20590. Querellantes pueden dirigirse a la línea de asistencia, (FTA ADA Assistance Line), 888-446-4511; para los que tienen problemas con audición, pueden llamar al Federal Information Relay Service, 800-877-8339, o por correo electrónico a FTA.ADAAssistance@dot.gov. El Formulario de Queja FTA ADA, está disponible en la página web: http://www.fta.dot.gov/civilrights/12875_14816.html.

La siguiente información es necesaria para asistirle en el procedimiento de su queja. Déjenos saber si necesita ayuda.

Llene y regrese este formulario a: City of South Gate, City Clerk's Office, 8650 California Avenue, South Gate, CA 90280

1. Nombre del Querellante: _____
2. Domicilio: _____
3. Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____
4. Teléfono (Casa): _____ (Negocio): _____
5. Información del la persona discriminada (Si es alguien más que el querellante):
Nombre: _____
Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

6. ¿Cuales de las siguientes describen la razón por la cual usted cree que se le fue discriminado? Fue por su:

a. Raza b. Color de Piel c. Origen Nacional

d. Sexo e. Edad f. Incapacidad

g. Orientación Sexual

7. ¿Cual fue la fecha del presunto acto de discriminación?? _____

8. En tus propias palabras, describe el presunto acto de discriminación. Explica que paso y quien usted piensa fue responsable. Por favor use hojas adicionales si requiere más espacio.

9. ¿Has presentado documentación de esta queja con cualquier otra agencia federal, estatal, o local; o con una corte federal o estatal?? Si:
No:

Si contestaste si, marca las casetillas que apliquen:

Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal

Corte Estatal Agencia Local

10. Por favor provee la información sobre una persona para contactar en la agencia/corte adonde fue presentada la queja.

Nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Zona Postal: _____

11. Por favor firme abajo. Usted puede agregar cualquier material por escrito o información que usted piense sea pertinente a su queja.

Firma del Querellante

Fecha