

Condado de Sacramento

**EL TÍTULO VI FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN**

PARA: TRANSIT CIVIL RIGHTS COORDINATOR  
SACRAMENTO COUNTY DEPARTMENT OF TRANSPORTATION  
906 G STREET, SUITE 510, SACRAMENTO, CA 95814

Yo \_\_\_\_\_ por este medio presento esta reclamo de trato  
(Por favor escriba su nombre)  
discriminatorio y solicito que se realice una investigación.

Yo creo que fui discriminado por causa de:

<input type="checkbox"/>	RAZA	<input type="checkbox"/>	COLOR	<input type="checkbox"/>	ORIGIN NACIONAL
--------------------------	------	--------------------------	-------	--------------------------	-----------------

FECHA Y LUGAR AND LUGAR DE OCURRENCIA: \_\_\_\_\_

NOMBRE (S) Y TITULO (S) DE LA PERSONA (S) QUE EN SU OPINION COMETIO EL ACTO DE DISCRIMINACION  
CONTRA USTED:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

LA ACCIÓN O DECISIÓN QUE ME HIZO CREER QUE FUI DESCRIMINADO ES LA SIGUIENTE:  
(En sus propias palabras, describa como, y por que sus beneficios fueron negados, retrasados o afectados)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

YO DESEO QUE LA SIGUIENTE ACCIÓN CORRECTIVA SEA TOMADA:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

CREO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA A MI MEJOR CONOCIMIENTO Y  
CREENCIA.

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(FIRMA DEL DEMANDANTE)

(FECHA)

TELÉFONO: \_\_\_\_\_