



**Eastern Contra Costa Transit Authority  
Título VI Formulario de Queja**

Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 declara “Ninguna persona en los Estados Unidos será discriminada en base a su raza, color, ó por su origen de nacionalidad, ni tampoco será excluida de la participación en, negarle los beneficios de, ó ser sujeto a discriminación bajo ningún programa ó actividad que reciba asistencia federal financiera.”

Favor de proveer la siguiente información a fin de procesar su queja. Hay asistencia disponible si lo require. Complete éste formulario y envíelo ó entrégelo personalmente en la oficina de:

Eastern Contra Costa Transit Authority  
El Gerente de Quejas (Compliance Manager)  
801 Wilbur Avenue  
Antioch, CA 94509

También tiene la alternativa de mandarlo for Fax 1-925-757-2530 o bien, por correo electrónico a [CivilRights@eccta.org](mailto:CivilRights@eccta.org)

Nombre del Demandante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Número Telefónico (Casa): \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona discriminada (si es diferente del demandante):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

De la lista siguiente, cual de ellas describe mejor la razón por la que usted cree que fué discriminado? (Marque todas las que apliquen):

- \_\_\_\_\_ Raza
- \_\_\_\_\_ Color
- \_\_\_\_\_ Origen de Nacionalidad

En que fecha ocurrió dicha discriminación? \_\_\_\_\_

Describa la presunta discriminación con el mayor detalle posible. Explique que pasó y porque cree usted que hubo discriminación en su contra. Describa todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información para comunicarse con la persona(s) quién discriminó en contra suyo (si sabe) así como también los nombres y la información para ponerse en contacto con testigos. Favor de incluir el número de ruta y hacia donde se dirigia, la hora en que ocurrió el incidente, y el número del autobús, si es que aplica. Si necesita espacio adicional, adjunte hojas de papel adicionales ó también puede usar el reverso de ésta hoja.

---

---

---

---

Presentó usted ésta queja ante otra agencia federal, estatal, ó local; ó ante alguna corte federal ó estatal? (Marque el espacio correspondiente) \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es afirmativa, marque cada agencia con la cual usted presentó su queja:

Agencia Federal \_\_\_\_\_ Corte Federal \_\_\_\_\_ Agencia Estatal \_\_\_\_\_  
Corte Estatal \_\_\_\_\_ Agencia Local \_\_\_\_\_ Otra \_\_\_\_\_

Favor de proveer información de la persona de la agencia (ó agencias) donde presentó su queja:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Zona Postal \_\_\_\_\_

Número Telefónico: \_\_\_\_\_

Fecha de la Denuncia: \_\_\_\_\_

Firme la denuncia en el espacio de abajo. Adjute cualquier documento que usted considere importante para su queja.

\_\_\_\_\_  
(Firma-opcional)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

If information is needed in another language, please contact 1-925-754-6622.

如果需要中文信息, 请致电 1-925-754-6622.

Kung kailangan ng impormasyon sa Tagalog, mangyaring tumawag sa 1-925-754-6622.

Nếu cần thông tin bằng tiếng Việt, vui lòng gọi 1-925-754-6622.