



## 211 LA COUNTY

INFORMATION AND REFERRAL FEDERATION OF LOS ANGELES COUNTY  
*Serving Los Angeles County since 1981*

### **Formulario de Quejas de Derechos Civiles**

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y los estatutos y reglamentos relacionados con la no discriminación exigen que ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color o origen nacional, sea excluida de la participación o discriminación bajo cualquier programa o actividad que recibe asistencia financiera federal.

211 LA County también prohíbe la discriminación basada en sexo, edad, discapacidad, religión, condición médica, estado civil u orientación sexual.

Además de utilizar el proceso de queja de Derechos Civiles con el 211, un Demandante puede presentar una queja de Título VI por discriminación racial, de color o de origen nacional con la Administración Federal de Tránsito (FTA), Office of Civil Rights, San Francisco Federal Building, Region IX, 90, 7th Street, Suite 15-300, San Francisco, California 94103.

Un Demandante puede presentar una queja ante la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) ante el FTA, Director, FTA Office of Civil Rights, East Building – 5<sup>th</sup> Floor, TCR, 1200 New Jersey Ave., SE, Washington, DC 20590.

Demandantes también pueden comunicarse con la Línea de Asistencia ADA del FTA, 1-888-446-4511 (Voz) o por medio del Servicio Federal de Enlace de Información, 1-800-877-8339 o por correo electrónico a [FTA.ADAAssistance@dot.gov](mailto:FTA.ADAAssistance@dot.gov).

El Formulario de Queja de ADA está disponible en [http://www.fta.dot.gov/civilrights/12875\\_14816.html](http://www.fta.dot.gov/civilrights/12875_14816.html).

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja.

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquenoslo.  
Complete y devuelva este formulario a:



**211 LA County**  
**526 West Las Tunas Drive**  
**San Gabriel, California 91776**

Nombre Del Demandante: \_\_\_\_\_

1. Dirección: \_\_\_\_\_

2. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

3. No. de Teléfono (casa): \_\_\_\_\_ (negocio): \_\_\_\_\_

4. Persona discriminada (en caso de que no sea el demandante):

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que la discriminación tuvo lugar? Fue por su:

a. Raza       b. Color       c. Origen Nacional

d. Sexo       e. Edad       f. Discapacidad

g. Religión       h. Condición Medica       i. Estado civil

j. Orientación Sexual

6. ¿En qué fecha tomo parte la presunta discriminación? \_\_\_\_\_



7. En sus propias palabras, describe la presunta discriminación. Explique lo que paso y quien piensa que es responsable. Adjunte hojas adicionales si necesita incluir más información.

---

---

---

---

8. ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local; O con cualquier tribunal federal o estatal? Sí:  No:

Si sí, marque cada caja que corresponda:

Agencia federal  Tribunal Federal  Agencia Estatal

Tribunal estatal  Agencia Local

9. Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

10. Por favor firme abajo. Usted puede agregar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma Del Demandante

\_\_\_\_\_  
Fecha