



## FORMULARIO DE QUEJA SOBRE EL TITULO VI DE LA LEY

### Condado de Yolo

625 Court Street, Room 204, Woodland, CA 95695

(530) 666-8195

Nombre de la persona que presenta la queja: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_ Lugar del incidente: \_\_\_\_\_

Creo que el incidente de discriminación que me sucedió fue debido a (Circule los que aplican):

Mi Raza      o      Mi Color      o      Mi Origen Nacional

Si lo sabe, por favor proporcione los nombres de los empleados del Condado de Yolo que se vieron involucrados en este incidente: \_\_\_\_\_

Identifique el programa, la actividad o el servicio del Condado de Yolo que estaba utilizando cuando ocurrió el incidente que es motivo de su queja: \_\_\_\_\_

Identifique a cualquier individuo que tenga información al respecto proporcionando su nombre, número de teléfono y domicilio: \_\_\_\_\_

Favor de explicar lo que sucedió y porqué cree haber sido discriminado(a). Por favor incluya una explicación de cómo se trató a otros individuos que fue diferente a la manera en que se le trató a usted. Use la parte posterior de este formulario si necesita más espacio para escribir: \_\_\_\_\_

Firma de la persona presentando la queja: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_