

Departamento de Obras Públicas del Condado de Los Ángeles

FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN DEL TÍTULO VI

Obras Públicas está comprometido a garantizar el cumplimiento del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y otras disposiciones contra la discriminación. Ninguna persona será excluida de participar, se le negarán beneficios o será objeto de discriminación en ningún programa o actividad por motivos de raza, color u origen nacional, ni por otras categorías protegidas como sexo, edad, discapacidad, religión, orientación sexual o identidad de género en programas y actividades que reciben asistencia federal.

Las quejas del Título VI deben presentarse dentro de los 180 días posteriores al presunto acto de discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al (626) 979-5333.

Nombre::	Fecha del incidente:
Teléfono:	Teléfono alternativo:
Dirección, ciudad, estado y código postal:	
Nombre(s) de la(s) persona(s) discriminada(s) (si es diferente del reclamante):	
Dirección, ciudad, estado y código postal (si es diferente del reclamante):	

Creo que la discriminación que experimenté fue por (marque todas las que correspondan):

Título VI: Raza ____ Color ____ Origen nacional ____

Otras categorías protegidas: Edad ____ Discapacidad ____ Religión ____
Orientación sexual ____ Género ____ Identidad de género ____ Otro _____

Describa el incidente de discriminación. Incluya los nombres y cargos de los empleados involucrados, si están disponibles. Explique qué ocurrió y quién considera responsable. Adjunte páginas adicionales si es necesario.



Los Angeles County Public Works
FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN
DEL TÍTULO VI

¿Ha presentado una queja sobre este asunto ante alguna agencia federal, estatal o local?

Sí / No (circule una opción)

En caso afirmativo, indique la(s) agencia(s) e información de contacto:

Agencia:	Nombre de contacto:
Dirección, ciudad, estado y código postal:	Teléfono:

Agencia:	Nombre de contacto:
Dirección, ciudad, estado y código postal:	Teléfono:

Agencia:	Nombre de contacto:
Dirección, ciudad, estado y código postal:	Teléfono:

Al firmar a continuación, confirmo que la información proporcionada en este formulario es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma del reclamante

Nombre del reclamante (en letra de molde):

Fecha:

Please return this form to:

Los Angeles County Public Works
Celeste Anonas, Title VI Manager
Workforce Support Division – 9th Floor
900 South Fremont Avenue, Alhambra, CA 91803