Public Works
LOS ANGELES COUNTY

Departamento de Obras Públicas del Condado de Los Ángeles
FORMULARIO DE CONSULTA / 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. Obras Públicas realizará una revisión inicial y atenderá la consulta internamente. Si el asunto llega al nivel de una queja formal, entonces se remitirá a Caltrans para su procesamiento.

Las consultas / 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 consulta / 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.

Departamento de Obras Públicas del Condado de Los Ángeles

FORMULARIO DE CONSULTA / QUEJA POR DISCRIMINACIÓN DEL TÍTULO VI

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

Sí ◯ / No ◯ (seleccione 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 esverdadera 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
Title VI Manager
Workforce Support Division – 9th Floor
900 South Fremont Avenue, Alhambra, CA 91803