

**Formulario de Quejas Title VI
Stanislaus Council of Governments (StanCOG)
Oficina de Cumplimiento**

StanCOG centra sus esfuerzos en garantizar que nadie sea excluido de la participación en sus servicios ni que nieguen los beneficios de éstos, con base en raza, color, origen nacional, edad, sexo, y discapacidad, en conformidad con las disposiciones del Title VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. Las quejas bajo el Title VI deben presentarse en el transcurso de 180 días a partir de que ocurre la discriminación supuesta.

La información siguiente es necesaria para ayudarnos en el procesamiento de su queja. Si requiere ayuda para llenar este formulario, le agradeceremos que se dirija al StanCOG al teléfono (209) 525-4600. El formulario completo debe devolverse al StanCOG, Coordinadora del Title VI, 1111 "I" Street, Suite #308, Modesto, CA 95354.

Su nombre:	Teléfono:
Dirección:	Segundo Teléfono :
	Ciudad, estado, y Código Postal :
Persona(s) que sufrieron discriminación (si es otra que el firmante): Nombre(s):	
Dirección, Ciudad, estado, y Código Postal:	

¿Cuál de los siguientes describe mejor la razón por la supuesta discriminación? (Marque uno)

- RAZA
- COLOR
- ORIGEN NACIONAL
- EDAD
- SEXO
- DISCAPACIDAD

Fecha del incidente: _____

Hora del incidente: _____

Por favor, describa el supuesto incidente de discriminación. Proporcione los nombres y títulos de todos los empleados de StanCOG involucrados, si cuenta con la información. Explique lo sucedido: quien considera que fue responsable; y otra información específica pertinente. Por favor, use el reverso de este formulario si requiere espacio adicional.

(Llene el reverso de este formulario)

Formulario de Quejas Title VI
Stanislaus Council of Governments (StanCOG)
Oficina de Cumplimiento

Pro favor, describa el supuesto incidente de discriminación (continuación).

¿Ha presentado alguna queja ante otra agencia federal, estatal, o local con respecto este incidente?
(Marque Uno)

Si No

Si la respuesta es afirmativa, por favor, a continuación enumere la agencia or agencias y la 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: _____

Confirmando que he leído el cargo que se indica arriba y que es verdadero hasta donde tengo conocimiento.

Firma del declarante:

Fecha:

Escriba o escriba en letra de imprenta el nombre de declarante

Fecha de recepción: _____

Recibido por: _____