



Nombre de la persona que presenta la queja: _____

Domicilio particular calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Persona discriminada (si no es la misma que presenta la queja): _____

Domicilio particular calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Fundamento específico de la discriminación (Marque los casilleros que correspondan): Raza Color Nacionalidad Discapacidad

Dispositivo de movilidad (si se utiliza): _____

Fecha del presunto acto o actos de discriminación: Mes: _____ Día: _____ Año: _____

Describa por qué usted cree que fue discriminado(a). ¿Qué sucedió y quiénes fueron responsables?

Si necesita más espacio, utilice el otro lado de esta forma.

¿Presentó esta queja ante otra agencia federal, estatal, o federal o ante un tribunal estatal o federal?

Sí No

Si la respuesta es sí,
marque todo que aplica.

Agencia federal Tribunal federal Agencia estatal
 Tribunal estatal Agencia local

Proporcione información de contacto de un representante del organismo adicional (agencia o tribunal).

Nombre: _____

Calle: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Firme en el espacio abajo. Adjunte todo documento de respaldo.

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor enviar el formulario de queja firmado a:

Golden Empire Transit District
ATTN: Chief Executive Officer
1830 Golden State Avenue
Bakersfield, CA 93301

TEL: 661-324-9874