

## Discrimination Complaint Form/Formulario de Queja Discriminatoria

DISCRIMINATION COMPLAINT FORM		
Section I. <i>Please write legibly</i>		
1	Name	
2	Address	
3	Telephone	
3a	Secondary Phone (Optional)	
4	Email Address	
5	Accessible Format Requirements?	<input type="checkbox"/> Large Print <input type="checkbox"/> Audio Tape <input type="checkbox"/> TDD <input type="checkbox"/> Other
Section II		
6	Are you filing this complaint on your own behalf?	<input type="checkbox"/> YES. If yes, go to Section III <input type="checkbox"/> NO
7	What is the name of the person for whom you are filing this complaint?	
8	What is your relationship with this individual?	
9	Please explain why you have filed for a third party	
10	Please confirm that you have obtained permission of the aggrieved party to file on their behalf	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
Section III		
11	Believed basis of discrimination (Check all that apply)	<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin
12	Date of alleged discrimination (mm/dd/yyyy)	

13	<p>Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known), as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please attach additional sheets of paper.</p>
----	---

**Section IV**

14	<p>Have you previously filed a Title VI complaint with the City of Bell Gardens?</p>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
----	--	---

**Section V**

15	<p>Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?</p>	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO. If no, go to Section VI
----	--	--

15a	<p>If yes, check all that apply. (Please specify)</p>	<input type="checkbox"/> Federal Agency: <input type="checkbox"/> Federal Court: <input type="checkbox"/> State Agency: <input type="checkbox"/> State Court: <input type="checkbox"/> Local Agency:
-----	---	--

16	Provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.	
	Name	
	Title	
	Agency	
	Address	
	Telephone	
	Email	

**Section VI**

	Name of Transit Agency complaint is against	
--	---	--

	Contact Person	
	Telephone	
You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.		

<b>Signature.</b> Signature and date are required below to complete form	
Please submit this form in person or mail this form to the City of Bell Gardens, Title VI Coordinator, 7100 Garfield Ave, Bell Gardens, CA 90201	
Signature	Date

**FORMULARIO DE QUEJA DISCRIMINATORIA****Sección I. Por favor escribe legiblemente**

1	Nombre	
2	Dirección	
3	Numero Telefónico	
3a	Segundo Número Telefónico (Opcional)	
4	Correo electrónico	
5	¿Requisitos para formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra Grande <input type="checkbox"/> Cinta de Audio <input type="checkbox"/> TDD <input type="checkbox"/> Otro

**Sección II**

6	¿Está presentando esta queja por usted mismo?	<input type="checkbox"/> SI. Si eligió "SI", prosiga a la Sección III <input type="checkbox"/> NO
7	¿Cuál es el nombre de la persona por la cual está presentando esta queja?	
8	¿Cuál es su relación con esta persona?	
9	Por favor explique por qué está presentando esta queja por una tercera persona	
10	Por favor confirme que usted tiene permiso para presentar la queja por el/ella	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

**Sección III**

11	Discriminación basada en: (Marque todos los que apliquen)	<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad
12	Fecha del presunto incidente de discriminación (mes/día/año)	
13	Explique lo más claro posible lo que sucedió y porque usted cree que ha sido discriminado/a. Describa las personas involucradas. Incluya el nombre e información de	

	contacto de la(s) persona (s) que la/o discriminaron, y también los nombres e información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor añada otra hoja de papel.

**Sección IV**

14	¿Previamente, ha usted presentado alguna queja Título VI con la Ciudad de Bell Gardens?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
----	---	--

**Sección V**

15	¿Ha presentado esta queja con algún otra agencia Federal, Estatal o Local o con alguna corte Federal, Estatal o Local?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO. Si eligió "NO", prosiga a la Sección VI
----	--	---

15a	Si eligió "SI", marque todos los que apliquen. (Por favor especifique)	<input type="checkbox"/> Agencia Federal: <input type="checkbox"/> Corte Federal: <input type="checkbox"/> Agencia Estatal: <input type="checkbox"/> Corte Estatal: <input type="checkbox"/> Agencia Local:
-----	--	---

16	Provea información de contacto de la persona en la agencia o corte donde puso la queja.	
	Nombre	
	Título	
	Agencia	
	Dirección	
	Número Telefónico	
	Correo Electrónico	

**Sección VI**

	Nombre de la Agencia de Transito por la cual está presentando la queja	
	Persona de Contacto	

	Número telefónico	
Usted puede añadir cualquier otro material o información que usted crea relevante a su queja.		

<b>Firma.</b> Firma y fecha son requeridos en las líneas de abajo para completar este formulario	
Favor de presentar este formulario en persona o mándela por correo a: City of Bell Gardens, Title VI Coordinator, 7100 Garfield Ave, Bell Gardens, CA 90201	
Firma	Fecha