

Lassen Transit Service Agency  
Agencia de Servicios de Transporte de Lassen (Agencia)  
FORMA PARA REPORTAR QUEJAS DE DISCRIMINACION BAJO EL TITULO VI  
707 Nevada Street, Suite 4, Susanville, CA 96130

Nombre del Reclamante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad/Estado/Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de la Discriminación: \_\_\_\_\_

La Hora de la Discriminación: \_\_\_\_\_

Fecha del Reclamo: \_\_\_\_\_

Lugar de la Discriminación: \_\_\_\_\_

Numero de Autobús: \_\_\_\_\_

Ruta del Autobús: \_\_\_\_\_

Razón de la Discriminación:  Raza  Color de Piel  País de Origen

Edad  Sexo  Orientación Sexual  Genero

Por favor proporcione el/los nombre(s) del/de los presunto(s) empleado(s) de la Agencia que lo discriminó a usted, incluyendo el título del puesto (si usted lo sabe):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Identifique cual servicio, programa, o actividad de la Agencia no cumplió con el Titulo VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Proporcione el nombres, dirección, y numero telefónico de la(s) persona(s) que tienen información relacionado con esta discriminación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Explique lo más claramente lo que pasó, de qué forma siente usted que lo discriminaron y quien estuvo involucrado. Por favor incluya cómo otras personas fueron tratadas diferentes que usted:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Firma del Reclamante:* \_\_\_\_\_ *Fecha:* \_\_\_\_\_