



TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJAS

Section I:				
Nombre:				
Dirección:				
Telefono: (Casa):			Telefono: (Tabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
Formato Accesible de Requisitos?	Impresión Grande		Cinta de Audio	
	TDD		Otra	
Section II:				
Usted esta sometiendo esta queja por su propia cuenta.			Sí	No
Si su respuesta fue si a esta pregunta, balla a la seccion III				
Si es no por favor suplemente el nombre y relacion de la persona por la que usted esta sometiendo la queja.				
Por favor explique porque usted sometio la queja por una tercera persona.				
Por favor confirmar que se ha obtenido el permiso de representación, si está representando o apoyando a una tercera persona.			Sí	No
Section III:				
Yo pienso que la discriminación que yo vivi está basada en:				
() Raza () Color () Nacionalidad				
Fecha de discriminación; (Mes, Dia, Ano): _____				
Explica a detalle lo que sucedió y porque tu crees que fuiste discriminado. Describe a todas las personas involucradas, incluye nombre y alguna información de contacto si la hubiera, de la persona que te hizo sentir discriminado. Incluye nombres e información de contacto si la hubiera, de testigos. Si necesitas más espacio, favor de escribir en la parte de astrás del formato.				

Section IV:		
Tiene ingresado una queja previamente en esta agencia?	Sí	No
Section V:		
Usted sometio esta queja con alguna otra agencia Federal, Estatal, Local o con alguna corte Federal o Estatal?		
() Si () No		
Si usted marco si, marcu lo que aplique:		
() Agencia Federal: _____ () Corte Federal: _____		
() Agencia Estatal: _____ () Corte Estatal: _____		
() Agencia Local: _____		
Por favor proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde presenta la queja.		
Nombre:		
Titulo:		
Agencia:		
Dirección:		
Telefono:		
Section VI:		
Nombre de la Agencia:		
Persona de Contacto:		
Titulo:		
Numero de Telefono:		

Usted puede someter otra material escrito que sea relevante a su queja.

Su Firma Es Requerida.

Firma

Fecha

Por favor someter esta forma en persona en la direccion marcada abajo o envíe la por correo durante un promedio de 180 dias de la fecha de que se dio a conocer la queja del incidente.

Mason Transit Authority
 Attention: Operations Manager
 790 E Johns Prairie Rd Shelton, WA 98584