



Formulario de reclamo por discriminación

Instrucciones: Si usted considera que SANDAG ha participado en actos de discriminación contra una o más personas, por favor, llene este formulario en su totalidad, en tinta negra o a máquina. Firmelo y devuélvalo a la dirección indicada en la página 2. Se pondrán medios alternativos para la presentación de quejas a disposición de personas con discapacidades, como entrevistas personales o cintas de grabación, a solicitud.

Persona que presenta la queja:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono residencia:

Teléfono trabajo:

Persona que sufrió el acto de discriminación:
(Si no es la persona que presenta la queja)

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono residencia:

Teléfono trabajo:

¿Cuándo ocurrió el acto de discriminación?

Describa los presuntos actos de discriminación brindando el nombre, cuando sea posible, de las personas responsables (si es necesario, utilice el espacio en la página 3). Incluya la categoría sobre la cual cree que se basó la discriminación (raza, color, discapacidad, condición médica, etc.):

¿La persona que presenta la queja la ha presentado ante otra oficina del Departamento de Justicia o cualquier otra agencia o tribunal de derechos civiles federal, estatal o local? Sí No

En caso afirmativo, indique organismo o tribunal:

Persona de contacto:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Fecha de presentación del reclamo:

Espacio adicional para las respuestas:

Firma: _____

Fecha: _____

Por favor envíe el formulario a:

**Compliance Officer – Office of Diversity and Equity
SANDAG**

**1011 Union Street, Suite 400
San Diego, CA 92101**

o por correo electrónico a officeofdiversityandequity@sandag.org

Teléfono: 619.699.1900

Fax: 619.699.1995

TTY: 711