



CITY OF STOCKTON

TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA

Bajo el Título VI del Acto de Derechos Civil 1964 y estatutos y reglamentos relacionados, ninguna persona, por motivos de raza, color, sexo, edad, origen nacional, o discapacidad, ser excluido de la participación en, ser negado los beneficios de, o de lo contrario sometidos a discriminación bajo cualquier programa, servicio o actividad administrada por la Ciudad de Stockton. Cualquier persona que se siente que él o ella ha sido discriminada puede presentar una queja. Si usted siente que ha sido discriminado por la Ciudad de Stockton, proporcione la siguiente información. Su queja será investigada, y recibirá una respuesta. Todas las quejas deben ser recibidas con 90 días de la discriminación.

Tu Nombre:

APELLIDO, Primer Segundo	Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo)
Dirección	Ciudad/Código Postal	Teléfono Celular

Nombre de la Persona Discriminada (si es diferente de arriba):

APELLIDO, Primer Segundo	Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo)
Dirección	Ciudad/Código Postal	Teléfono Celular

Testigos:

Nombre de Testigo (APELLIDO, Primer Segundo)	Dirección Ciudad/Código Postal	Teléfono (Casa, Trabajo, Celular)
Nombre de Testigo (APELLIDO, Primer Segundo)	Dirección Ciudad/Código Postal	Teléfono (Casa, Trabajo, Celular)

Por favor marcar por qué crees que ocurrió la discriminación:

- Raza o color Edad Origen Nacional
 Sexo Discapacidad Otro _____

Fecha/Hora Alegado Discriminación Ocurrió	Lugar de Ocurrencia
Dar una breve narración de los acontecimientos que condujeron a esta queja. Puede agregar hojas adicionales si es necesario.	
¿Qué tipo de acción correctiva quieres ver tomado?	
Su Firma	Fecha

Por favor adjunte cualquier documento que usted tiene que apoyan la queja.

Por Correo: Connie Cochran, Oficial de Información Pública, 425 North El Dorado Street, Stockton, CA 95202 o correo electrónico a connie.cochran@stocktonca.gov.