

Formulario de Denuncia de Discriminación

Mountain Line

División de Derechos Civiles

Mountain Line está comprometida a garantizar que ninguna persona quede excluida de participar en o se le nieguen los beneficios de sus servicios basándose en la raza, color o nacionalidad (incluidas las personas con un Dominio Limitado del inglés), según lo dispone el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y sus enmiendas, o basándose en la edad, sexo/género, discapacidad, identidad o expresión de género y orientación sexual, según lo disponen otros estatutos de derechos civiles. Las denuncias deben ser presentadas dentro de los 180 días de ocurrida la presunta discriminación.

La siguiente información es necesaria para poder procesar su denuncia. Si usted necesita asistencia para completar este formulario, por favor póngase en contacto con la División de Derechos Civiles llamando al (928) 679-8908. Una vez completado, el formulario debe ser enviado a División de Derechos Civiles de Mountain Line, a la atención de: Gerente General Adjunto, 3773 N Kaspar Dr, Flagstaff, AZ 86004 o por correo electrónico a: kmorley@mountainline.az.gov.

Su nombre:	Teléfono:
Dirección postal:	Teléfono alternativo:
	Ciudad, Estado y Código Postal:
Persona víctima de discriminación (en caso de no ser el denunciante): Nombre(s):	
Dirección postal, Ciudad, Estado y Código Postal:	

Fecha del Incidente: _____

¿Cuál de las siguientes opciones describe de mejor manera el motivo de la presunta discriminación? (Marque con un círculo todas las que correspondan)

Protecciones del Título VI:

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------|--------------------------------|--------------|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Raza | <input type="checkbox"/> | Color | <input type="checkbox"/> | Nacionalidad (Dominio Limitado del inglés) |
| <input type="checkbox"/> | Otra | Estatutos de Derechos Civiles: | | | |
| <input type="checkbox"/> | Edad | <input type="checkbox"/> | Discapacidad | <input type="checkbox"/> | Sexo/Género |
| <input type="checkbox"/> | Orientación Sexual | | | <input type="checkbox"/> | Identidad/Expresión de Género |

Por favor, describa el presunto incidente discriminatorio. Si es posible, proporcione los nombres y cargos de todos los empleados de Mountain Line involucrados. Explique qué pasó y quién cree que fue. Utilice la parte de atrás de este formulario si necesita espacio adicional.

Formulario de Denuncia de Discriminación
Mountain Line
División de Derechos Civiles

Por favor, describa el presunto incidente discriminatorio (continuación) _____

¿Ha presentado una denuncia en cualquier otra agencia federal, estatal o local? (Marque solo una opción) Sí / No

Si la respuesta es Sí, proporcione la agencia / las agencias y la información de contacto debajo:

Agencia: Nombre de Contacto:

Dirección postal, Ciudad, Estado y Código Postal: Teléfono:

Agencia: Nombre de Contacto:

Dirección postal, Ciudad, Estado y Código Postal: Teléfono:

Afirmo que he leído dicha denuncia y que es verdadera a mi leal saber y entender, información y creencia.

Firma del Denunciante: Fecha:

Escriba a máquina o en letra de molde el Nombre del Denunciante

Solo para uso en Oficina de Mountain Line:

Fecha de Recepción: _____
Recibido Por: _____