

APPENDIX E: DISCRIMINATION COMPLAINT FORM IN ENGLISH AND SPANISH

<p>RETURN COMPLAINT FORM TO: City of West Sacramento Title VI Plan and Program Coordinator 1001 West Capitol Ave 1st Floor West Sacramento, CA 95691 916-617-4980</p>
<p>FOR OFFICE USE ONLY</p>
<p>Date Complaint Received: _____</p>
<p>Processed by: _____</p>
<p>Case #: _____</p>
<p>Date Referred: _____</p>

<p>Any person who believes that he/she has been subjected to discrimination based upon race, color, creed, sex, age, national origin, or disability may file a written complaint with the City of West Sacramento, within 180 days after the discrimination occurred.</p>			
<p>Last Name: _____</p>	<p>First Name: _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female</p>	
<p>Mailing Address: _____</p>	<p>City _____</p>	<p>State _____</p>	<p>Zip _____</p>
<p>Home Telephone: _____</p>	<p>Work Telephone: _____</p>	<p>E-mail Address _____</p>	
<p>Identify the Category of Discrimination:</p> <p> <input type="checkbox"/> RACE <input type="checkbox"/> COLOR <input type="checkbox"/> NATIONAL ORIGIN <input type="checkbox"/> SEX <input type="checkbox"/> CREED (RELIGION) <input type="checkbox"/> DISABILITY <input type="checkbox"/> LIMITED ENGLISH PROFICIENCY <input type="checkbox"/> AGE </p> <p><i>*NOTE: Title VI bases are race, color, national origin. All other bases are found in the "Nondiscrimination Assurance" of the FTA Certifications & Assurances.</i></p>			
<p>Identify the Race of the Complainant</p> <p> <input type="checkbox"/> Black <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Hispanic <input type="checkbox"/> Asian American <input type="checkbox"/> American Indian <input type="checkbox"/> Alaskan Native <input type="checkbox"/> Pacific Islander <input type="checkbox"/> Other _____ </p>			
<p>Date and place of alleged discriminatory action(s). Please include earliest date of discrimination and most recent date of discrimination.</p>			
<p>Names of individuals responsible for the discriminatory action(s):</p>			

How were you discriminated against? Describe the nature of the action, decision, or conditions of the alleged discrimination. Explain as clearly as possible what happened and why you believe your protected status (basis) was a factor in the discrimination. Include how other persons were treated differently from you. **(Attach additional page(s), if necessary).**

The law prohibits intimidation or **retaliation** against anyone because he/she has either taken action, or participated in action, to secure rights protected by these laws. If you feel that you have been retaliated against, separate from the discrimination alleged above, please explain the circumstances below. Explain what action you took which you believe was the cause for the alleged retaliation.

Names of persons (witnesses, fellow employees, supervisors, or others) whom we may contact for additional information to support or clarify your complaint: (Attached additional page(s), if necessary).

Name

Address

Telephone

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Have you filed, or intend to file, a complaint regarding the matter raised with any of the following? If yes, please provide the filing dates. Check all that apply.

- CA Department of Transportation _____
- Federal Transit Administration _____
- US Department of Transportation _____
- US Department of Justice _____
- Federal or State Court _____
- Other _____

Have you discussed the complaint with any West Sacramento representative? If yes, provide the name, position, and date of discussion.

Please provide any additional information that you believe would assist with an investigation.

Briefly explain what remedy, or action, are you seeking for the alleged discrimination.

****WE CANNOT ACCEPT AN UNSIGNED COMPLAINT. PLEASE SIGN AND DATE THE COMPLAINT FORM BELOW.**

COMPLAINANT'S SIGNATURE

DATE

West Sacramento, California

Formulario de queja por discriminación

DEVUELVA EL FORMULARIO DE QUEJA A:

La ciudad de
West Sacramento
Coordinador del Plan y el Programa del Título VI
1001 West Capitol Ave 1st Floor
West Sacramento, CA 95691
916-617-4980

SOLO PARA USO INTERNO

Fecha de recepción de la queja: _____

Procesado por: _____

No. de caso: _____

Fecha de la remisión: _____

Cualquier persona que crea que fue sujeto de discriminación por motivos de raza, color, credo, sexo, edad, país de origen o discapacidad puede presentar una queja por escrito ante la ciudad de West Sacramento, en un período de 180 días después de la discriminación.

Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> Hombre
				<input type="checkbox"/> Mujer
Dirección de correo postal:		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Dirección de correo electrónico		

Identifique la categoría de discriminación:

RAZA COLOR PAÍS DE ORIGEN SEXO
 CREDO (RELIGIÓN) DISCAPACIDAD POCO DOMINIO DEL INGLÉS EDAD

** NOTA: Las bases del Título VI son raza, color, país de origen. Todas las demás bases están en la "Garantía de no discriminación" de las Certificaciones y garantías de FTA.*

Identificar la raza del denunciante

Negro Blanco Hispano Asiático americano
 Indio americano Nativo de Alaska De otras islas del Pacífico Otro

Fecha y lugar de las presuntas acciones discriminatorias. Incluya la última fecha de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.

Nombres de las personas responsables de las acciones discriminatorias:

¿Cómo lo discriminaron? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que su estado de protección (base) fue un factor en la discriminación. Incluya cómo trataron a otras personas de manera diferente a usted. **(Adjunte más páginas, si es necesario).**

La ley prohíbe la intimidación o las **represalias** contra cualquier persona porque haya tomado medidas o haya participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que se tomaron represalias contra usted, aparte de la discriminación declarada arriba, explique las circunstancias abajo. Explique qué acción tomó y cuál cree que fue la causa de la presunta represalia.

Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podemos contactar para obtener más información para respaldar o aclarar su queja: (Adjunte más páginas, si es necesario).

Nombre

Dirección

Teléfono

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

¿Presentó o tiene la intención de presentar una queja con respecto al asunto planteado ante alguna de las siguientes autoridades? Si la respuesta es Sí, escriba las fechas de presentación. Marque todas las opciones que correspondan.

- Departamento de Transporte de California _____
- Administración Federal de Tránsito _____
- Departamento de Transporte de EE. UU. _____
- Departamento de Justicia de EE. UU. _____
- Tribunal federal o estatal _____
- Otro _____

¿Ha hablado sobre la queja con algún representante de West Sacramento? Si la respuesta es Sí, escriba el nombre, el cargo y la fecha en la que hablaron.

Dé cualquier otra información que crea que podría ayudar con una investigación.

Explique brevemente qué recurso o acción está buscando por la presunta discriminación.

**** NO PODEMOS ACEPTAR UNA QUEJA QUE NO ESTÉ FIRMADA. FIRME ABAJO EL FORMULARIO DE QUEJA Y ESCRIBA LA FECHA:**

28- West Sacramento Title VI and LEP Program

<hr/> FIRMA DEL DEMANDANTE	<hr/> FECHA
-----------------------------------	--------------------