

Procedimiento de Cumplimientos

Título VI Procedimientos Para Quejas

El Programa de Transportación de Caridades Católicas opera sus programas sin distinción de raza, color, religión, género, orientación sexual, origen nacional, estado civil, edad o discapacidad de conformidad con el título VI de la ley de derechos civiles, o de otras leyes aplicables. Para más información:

Llame a Teléfono: (209) 529-3784

O Escriba a: El Programa de Transportación de Caridades Católicas
400 12th Street, Suite 4
Modesto, CA 95354

O envíe un Correo electrónica: mramos@ccstockton.org

Caridades Católicas Declaración de política de tránsito

Título VI de la ley de derechos civiles de 1964 declara que:

Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, se excluirá de la participación en, ser negado los beneficios de o ser objeto de discriminación bajo ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera Federal.

Caridades Católicas se comprometen a cumplir con los requisitos del Título VI en todas sus actividades y programas financiados por el Gobierno Federal.

Haciendo una Queja bajo la ley de Título VI

Cualquier persona que cree que él o ella ha sido perjudicada por una práctica discriminatoria ilegal bajo el título VI puede presentar una queja con la ciudad. Cualquier queja debe ser por escrito y presentada con la ciudad dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la supuesta ocurrencia discriminatoria. Para obtener información sobre cómo presentar una queja, comuníquese con la Sección de Tránsito de la Ciudad de Modesto por cualquiera de los siguientes métodos:

Correo: El Programa de Transportación de Caridades Católicas
400 12th Street, Suite 4
Modesto, CA 95354

Teléfono: (209) 529-3784

FAX: (209) 529-6083

Correo electrónico: mramos@ccstockton.org

Formulario de Quejas Título VI
Caridades Católicas Servicio de Transito
Oficina de Cumplimiento

Caridades Católicas centra sus esfuerzos en garantizar que nadie sea excluido de la participación de sus servicios ni que se nieguen los beneficios de estos, en base de raza, color, origen nacional, edad , sexo, y discapacidad en conformidad con las disposiciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Las quejas bajo el Título VI deben presentarse en el transcurso de 180 días a partir de que ocurre la discriminación supuesta.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos en el procesamiento de su queja. Si requiere ayuda para llenar este formulario, le agradecemos que se dirija a Melissa Molina, coordinadora del Título VI, al teléfono (209)577-5201. El formulario completo deberá devolverse a Caridades Católicas Servicio de Transito, Titulo VI Coordinador, 1010 10th Street, Suite #4500, Modesto, Ca 95354.

Su nombre:	Teléfono
Dirección:	Segundo Teléfono
	Ciudad, Estado, y Código Postal
Persona(s) que sufrieron discriminación (si es otra que el afirmante): Nombre(s):	
Dirección, Ciudad, Estado, y Código Postal	

¿Cuál de los siguientes describe mejor la razón de la supuesta discriminación? (Marque uno)

- RAZA
- COLOR
- ORIGEN NACIONAL

Fecha del incidente: _____

Hora del incidente: _____

Por favor, describa el supuesto incidente de discriminación. Proporcione los nombres y títulos de todos los involucrados, si usted cuenta con la información. Explique lo sucedido: quien considera que fue responsable; y otra información específica pertinente. Por favor, use el reverso de este formulario si requiere espacio adicional.

Formulario de Quejas Título VI
Caridades Católicas Servicio de Transito
Oficina de Cumplimiento

Por favor, describa el supuesto incidente de discriminación (Continuación)

¿Ha presentado alguna queja ante otra agencia federal, estatal o local con respecto a este incidente?
(Marque Uno) Sí No

Si la respuesta es afirmativa a continuación enumere la agencia/agencias y la información de contacto:

Agencia: _____ Nombre de contacto: _____

Teléfono: _____
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal

Agencia: _____ Nombre de contacto: _____

Teléfono: _____
Dirección, Ciudad, Estado y Código Postal

Confirmando que he leído el cargo que se indica arriba y que es verdadero hasta donde tengo conocimiento.

Firma del reclamante Fecha: _____

Firme o escriba en letra de imprenta el nombre del declarante

Fecha de recepción: _____

Recibido por: _____