

**Departamento de Transporte Público del Condado de Fort Bend**  
**Título VI - Formulario de Denuncia**

El Título VI de la ley de los Derechos Civiles de 1964 requiere que "ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u nacionalidad, podrá ser excluido de la participación, se le niegue los beneficios o sea sujeto a discriminación en virtud de ningún programa o actividad que reciba ayuda económica federal." El Departamento de Transporte Público del Condado de Fort Bend está comprometido a una política de no discriminación en el ejercicio de sus actividades, incluyendo la responsabilidad de ofrecer servicios de transporte público, equitativo y accesible.

A cualquier persona que sienta que haya sido discriminada en su contra, se le recomienda denunciar tal violación al Departamento de Transporte Público del Condado de Fort Bend dentro de los siguientes 180 días de la presunta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos en el procesamiento de su queja. En caso de que requiera cualquier asistencia para llenar este formulario, por favor háganoslo saber por teléfono al (281) 633-7433 o por correo electrónico a [Transit@co.fort-bend.tx.us](mailto:Transit@co.fort-bend.tx.us). Llene y envíe el presente formulario a: *Fort Bend County Public Transportation Department, Attention Deputy Director of Public Transportation, 12550 Emily Court, Suite 400, Sugar Land, TX 77478*, o por fax al (281) 243-6710.

1. Nombre del denunciante \_\_\_\_\_
2. Dirección \_\_\_\_\_
3. Ciudad, Estado & Código Postal \_\_\_\_\_
4. Número de Teléfono \_\_\_\_\_ (Alternativo) \_\_\_\_\_
5. Correo electrónico \_\_\_\_\_
6. Persona que fue discriminada (si fue alguien diferente al denunciante)  
Nombre \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado & Código Postal \_\_\_\_\_  
Por favor explique su relación con esta persona \_\_\_\_\_
7. ¿Cuál de los siguientes motivos describe mejor la razón por la cual usted cree que la discriminación se llevó a cabo? Fue a causa de:
  - a. Raza \_\_\_\_\_

- b. Nacionalidad \_\_\_\_\_
- c. Religión \_\_\_\_\_
- d. Otro \_\_\_\_\_

8. ¿En qué fecha sucedió la supuesta discriminación? \_\_\_\_\_

9. En sus propias palabras, describa la presunta discriminación. Explique lo que ocurrió y quien cree usted que fue responsable. Por favor utilice la parte posterior de este formulario si necesita espacio adicional.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

10. ¿Ha presentado esta denuncia ante cualquier otra agencia federal, estatal o local; o en cualquier tribunal federal o estatal? \_\_\_\_\_ Si \_\_\_\_\_ No

- Si es así, marque todo lo que aplica:
- \_\_\_\_\_ Agencia Federal \_\_\_\_\_ Corte Federal
  - \_\_\_\_\_ Agencia Estatal \_\_\_\_\_ Corte Estatal
  - \_\_\_\_\_ Agencia Local

11. Por favor proporcione información acerca de una persona de contacto en la agencia/corte donde se presentó la denuncia.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado & Código Postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

12. Por favor firme abajo. Usted puede agregar cualquier material escrito u otra información que considere que es pertinente a su denuncia.

---

Firma del Denunciante

---

Fecha