



Solano County Transit

311 Sacramento Street, Vallejo, CA 94590 | (707)736-6990

Documento de Reclamación de Discriminación

Nombre: _____ Su teléfono: () _____
 Dirección: _____ Ciudad, Estado, Zip: _____
 Correo Electrónico: _____ Fecha del incidente: _____

¿Cómo usted fue presuntamente discriminado?

ADA	Title VI	Other
<input type="checkbox"/> La Discapacidad	<input type="checkbox"/> La Raza <input type="checkbox"/> El Color <input type="checkbox"/> El Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Género/Identidad de Género <input type="checkbox"/> Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Religión

En el espacio que se proporciona a continuación, explique lo más claramente posible lo que ha sucedido y cómo se le habría discriminado. Indique quién estaba involucrado y quién cree que era responsable. Si necesita más espacio, puede continuar en el reverso de este formulario o adjuntar una carta.

¿Ha presentado esta queja ante otra agencia federal, estatal o local? Sí No
Si es así, proporcione la información de la agencia contactada, a continuación:

Agencia: _____ Teléfono: () _____
 Dirección: _____ Ciudad, Estado, Zip: _____
 Correo electrónico: _____ Nombre de contacto: _____

Por favor, firme a continuación. Al firmar este formulario usted afirma que la queja como se describe arriba es verdadera a su mejor conocimiento

Firma:

Fecha:

Envíe este formulario completo a:

SolTrans
Attn: Civil Rights Officer
311 Sacramento Street
Vallejo, CA 94590