## GLENN TRANSIT SERVICE

## TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA

Nombre:			
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código Postal:
Número de	teléfono en casa:		
Número de	e teléfono de trabajo:		
Fue discrin	ninado debido a su		
□Raza	$\square$ Origen Nacional	$\Box$ Color	
Fecha del s	rupuesto incidente:		
involucrad		s nombres e info	fue discriminado. Indique quién estaba rmación de cualquier testigo presente. Si e formulario.

¿Ha presentado esta queja ante otra $\Box$ Sí $\Box$ No	agencia federal, estatal o local; o otro tribunal federal o estatal?				
Por favor, marque todo lo qu	Por favor, marque todo lo que aplique:				
□Agencia Federal	□Tribunal Federal				
$\square$ Agencia Estatal	□Corte Estatal				
□Agencia Local					
Por favor proporcione information presento su queja:	nación de la persona de contactó en la corte o agencia donde				
Nombre:					
Dirección:	Dirección:				
Ciudad, Estado, y Código Postal:					
Número de Teléfono:					
Por favor firme abajo. Usted puede p información que usted considere per	roporcionar cualquier material por escrito o cualquier otra tinente a su queja.				
Firma	Fecha				
Por favor envíe este formulario a:					
Glenn Transit Service Attn: Program Manager PO Box 1070					

Willows, CA 95988