



**County of Los Angeles –
Workforce Development, Aging & Community Services
FORMULARIO DE DENUNCIA POR
DERECHOS CIVILES**



SECCIÓN I: INFORMACIÓN DE DENUNCIANTE

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

NÚMEROS DE TELÉFONO:

Hogar: _____ Trabajo/Cellular: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

**REQUERIMIENTO DE FORMATO(S) ACCESIBLE PARA PERSONAS CON DISCAPACIDAD
(MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN):**

___ Tamaño de letra grande ___ Cinta de audio ___ TDD ___ Otro (especifique): _____

SECCIÓN II: INFORMATION ON THIRD PARTY FILER

Está usted presentando esta denuncia en su propio nombre? (Por favor elija una) SI NO

(Si respondió "SI" a esta pregunta, pase a la Sección III)
(Si respondió "NO", por favor indique el nombre y el parentesco o relación de la persona por quien presenta esta denuncia:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Por favor, explique porqué presenta la denuncia de otra persona.

Confirme que cuenta con el permiso de la parte agraviada si presenta la denuncia en nombre de terceras personas. (Por favor elija una).

SI NO

SECCIÓN III: HISTORIAL DE QUEJAS

¿Anteriormente había presentado una denuncia por derechos civiles? (Por favor elija una).
SI NO

En caso afirmativo, ¿cuál era su Número de Denuncia FTA? Número de Denuncia: _____

Nota: Esta información es necesaria por razones administrativas; asignaremos el mismo número de denuncia a su nueva denuncia.

Proveedor de Tránsito: _____

Departamento de Transporte: _____

Departamento de Justicia: _____

Comisión de Igualdad de Oportunidades Laborales: _____

Otro (especifique): _____

¿Alguna vez ha entablado una demanda respecto a su denuncia? (Por favor elija una) SI NO

Nota: La información anterior es útil para efectos de seguimiento administrativo. Sin embargo, si el juicio está pendiente respecto a la misma cuestión, esperaremos hasta la decisión del tribunal.



**County of Los Angeles –
Workforce Development, Aging & Community Services
FORMULARIO DE DENUNCIA POR
DERECHOS CIVILES**



SECCIÓN IV: DESCRIPCIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN

¿Cuál de los siguientes describe mejor la razón por la que usted cree que hubo discriminación? ¿A que fue debido? (Marque todas las que correspondan):

___ Raza ___ Color ___ Origin National ___ Edad ___ Género o Expresión de Género ___ Sexo
___ Discapacidad ___ Religión ___ Estado Civil ___ Orientación Sexual
___ Medical Condition

En hojas por separado, por favor describa su denuncia. Incluya detalles específicos como nombres, fechas, horas, números de ruta, testigos y cualquier otra información que pueda ayudarnos a investigar sus acusaciones. Por favor, proporcione también toda la documentación que sea pertinente a esta denuncia.

SECCIÓN V: DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

¿Podemos dar una copia de su denuncia al proveedor de tránsito? (Por favor elija una).	SI	NO
¿Podemos revelar su identidad al proveedor de tránsito? (Por favor elija una).	SI	NO

SECCIÓN VI: FIRMA

Firma:

Nombre en letra de imprenta:

Fecha:

Nota: No podemos aceptar su denuncia si no está firmada.

Entregue personalmente este formulario junto con los anexos en la siguiente dirección o envíelos por correo a:

Departmental Human Resources Manager
WDACS
3175 6th Street
Los Angeles, CA 90020

Chinese 如果您需要翻译此表格, 请联系我们 (888) 863-7411。

Korean 이 양식 번역 필요 하면, (888)863-7411 에 문의 하시기 바랍니다.

Vietnamese Nếu bạn cần mẫu đơn này dịch, xin vui lòng liên hệ với chúng tôi tại (888)863-7411.

Japanese このフォームの翻訳が必要な場合は、(888)863-7411 にお問い合わせください。

Russian Если вам нужна эта форма перевода, пожалуйста, свяжитесь с нами по (888)863-7411.

Thai ถ้าคุณต้องแปลแบบฟอร์มนี้ โปรดติดต่อเราที่ (888)863-7411

Armenian Եթե թարգմանուլթյան կարիք ունեք, խնդրում ենք կապվել մեզ (888) 863-7411 հեռախոսահամարով:

Tagalog Kung kailangan mo ang form na ito maisalin sa wikang tagalog, mangyaring makipag-ugnay sa amin sa (888)863-7411

Cambodian ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការបកប្រែប្រែប្រែនេះសូមទាក់ទងមកយើងផ្តល់តាមលេខ (888) 863-7411