



Ciudad de San Diego
TÍTULO VI FORMA DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN
 Departamento de Compras y Contratación

AVISO DE INFORMACIÓN PERSONAL

De acuerdo con la Ley de Información Confidencial Federal (P.L. 93-579) y el Acto de Prácticas de Información de 1977 (Secciones de Código Civiles 1798, y seq.), el aviso es por este medio dado para la petición de la información personal por esta forma. La información personal solicitada es voluntaria. El objetivo principal de la información voluntaria es facilitar el procesamiento de esta forma. La falta de proporcionar toda o cualquier parte de la información solicitada puede retrasar el procesamiento de esta forma. Ninguna revelación de la información personal será hecha a menos que no permisible bajo el Artículo 6, la Sección 1798.24 del IPA of 1977. Cada individuo tiene el derecho sobre petición e identificación apropiada, inspeccionar toda la información personal en cualquier registro mantenido en el individuo por una identificación particular.

Nombre de Reclamante: _____

Dirreccion: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Numero de Telefono: () _____ : Teléfono de Trabajo () _____

Cual es el tiempo más conveniente para ponernos en contacto con usted sobre esta queja? _____

<p>Base de Acción (ones) Discriminatoria:</p> <p><input type="radio"/> Raza <input type="radio"/> Edad</p> <p><input type="radio"/> Origen Nacional <input type="radio"/> Orientacion Sexual</p> <p><input type="radio"/> Nivel Socioeconomico <input type="radio"/> Discapacidad</p>	<p>Si usted tiene a un abogado que le represente, por favor proporcione la información siguiente:</p> <p>Name: _____</p> <p>Firm Name: _____</p> <p>Address: _____</p> <p>Telephone Number: () _____</p>
--	---

Fecha y lugar de acción (ones) discriminatoria presunta. Por favor incluya la fecha más reciente de la discriminación::

¿Cómo fue discriminado? Describa la naturaleza de la acción, decisión, o condiciones de la discriminación presunta. Explique tan claramente como posible lo que pasó y por qué usted cree que su estado protegido (base) era un factor en la discriminación. Incluya como otras personas fueron tratadas diferentemente de usted. (Ate página (s) adicional, si es necesario).

Nombres de individuos responsables de la acción (ones) discriminatoria:

Los nombres de individuos (testigos, empleados del mismo tipo, supervisores, u otros) con quien podemos ponernos en contacto para la información adicional para apoyar o clarificar su queja:

Nombre	Número de Teléfono	Dirección
--------	--------------------	-----------

Complete la Forma por los dos lados

Las leyes prohíben represalia contra alguien porque él/ella ha tomado medidas, o ha participado en una acción, para asegurar derechos protegidos según estas leyes. Si usted siente que usted ha sido víctima de represalia (separado de la discriminación alegada encima), por favor explique las circunstancias abajo. Por favor explique que acciones usted tomó que usted cree eran la base para la acusación.

¿Qué remedio, o acción, busca usted para la discriminación presunta?

¿Ha archivado usted, esta queja con cualquiera de los siguientes?

___ Sí ___ No

Si sí, compruebe todo lo que se aplica:

___ Comisión de Oportunidad de Empleo sin Discriminación estadounidense

___ Tribunal Federal o Estatal

___ Departamento de Empleo Justo y Alojamiento

___ Administración de Carretera Federal / Departamento estadounidense de Transporte

___ Administración de Tránsito Federal / Departamento estadounidense de Transporte

Si usted ha archivado la queja, por favor proporcione la información siguiente:

Agency/Court: _____ Nombre de Abogado _____

Dirección: Nombre de la Empresa de _____

Date Filed: _____ Dirección: _____

Número de Caso: Número de Teléfono de _____:

Fecha de Proceso/Audiencia:

Por favor proporcione cualquier información adicional que usted cree que pueda asistir con la investigación:

Nota: el uso de la forma de queja no es obligatorio. Usted puede presentar su queja en cualquier forma que incluye su firma. Por favor firme y ponga la fecha en la forma de queja abajo.

Firma de Reclamante:

Fecha:

ADA Notice: Para individuos con discapacidades sensoriales, este documento está disponible en formatos alternos. Para la llamada de información (619) 236-6000 o escriben la Compras y Contratación, 1200 Third Ave., Suite 200, MS 56P, San Diego, CA 92101

Esta forma de queja es diseñada para asistir a cualquier individuo, grupo de individuos, o entidad interesada en presentar una demanda de discriminación con la Ciudad de San Diego (Ciudad). Si la queja está contra la Ciudad, será expedido a la agencia Federal apropiada para la investigación.

Título VI del Acto de Derechos Civil de 1964 y estatutos relacionados (Título VI), prohíbe la discriminación sobre la base de raza, origen en color, nacional, sexo, edad, o discapacidad en relación a programas o actividades que reciben la ayuda financiera Federal del Departamento de los Estados Unidos de Transporte, Administración de Carretera Federal y/o Administración de Tránsito Federal. Estas prohibiciones se extienden a Caltrans como un recipiente directo de la ayuda financiera federal y a sus subrecipientes, asesores, y contratistas, independientemente de la grada, si federalmente financió o no.

También se requiere que la Ciudad ponga en práctica medidas para asegurar que las personas con habilidad de ingles limitado o es persona con discapacidades tengan el acceso significativo a los servicios, beneficios, e información de todos sus programas y actividades conforme a la Orden Ejecutiva 13166 y El Acto Americano de Discapacidades de 1990 respectivamente.

Una demanda puede ser presentada por cualquier individuo, el grupo de individuos o entidad que cree que ellos han sido sujetos a discriminación o venganza basada en su raza, origen en color, nacional, edad, sexo o discapacidad. La queja debe ser presentada por escrito. También debe ser firmado y datado por el individuo o su/su representante para la aceptación. Como una conveniencia, usted puede usar el Título incluido VI forma de Queja. Su demanda no debe ser presentada más tarde que 180 días naturales de la fecha más reciente del acto presunto de la discriminación a menos que el tiempo para la clasificación sea ampliado.

Sobre la petición, la ayuda será proporcionada si usted es de ingles limitada o es incapacitado. Las demandas pueden ser presentadas usando formatos alternativos, como el disco de computadora, audiotape o en el Braille. Para clientes TTY, marque 711 para alcanzar el Servicio de Relevó de California. Le pedirán dar el número de teléfono que usted llama.

Usted también tiene el derecho de presentar demandas con otras agencias Estatales o federales que proporcionan la ayuda financiera federal a la Ciudad o buscar al consultor privado.

Una vez que la demanda es presentada, será examinado por la Ciudad de San Diego, Departamento de Compras y Contratación localizado en San Diego, CA. El Departamento de Compras y Contratación proporcionará el reconocimiento escrito al reclamante cinco días después de recibir la queja por correo certificado. Cada esfuerzo será hecho para obtener la resolución temprana de quejas en el nivel más bajo posible.

La Ciudad y sus subrecipientes, asesores, y contratistas, independientemente de la grada, son prohibidos responder contra cualquier individuo porque él o ella se opusieron a una política ilegal o la práctica, o hicieron gastos, declarados, o participaron en cualquier acción de queja bajo el Título VI, el Acto de Restauración de 1987 y otras autoridades de no discriminación

Presente la firma en la forma o carta en persona o por correo:

Ciudad de San Diego
Departamento de Compras y Contratación
Queja De Discriminación
1200 Third Avenue, Suite 200, MS 56P
San Diego, CA 92101

Correo Electrónico: ContactEOC@sandiego.gov

Telephono: (619) 236-6000

Fax: (619) 236-5904

TTY: 711

Para más información, por favor visite la página Web de la Ciudad: www.sandiego.gov/purchasing/programs