

**Distrito del aire del área de la
bahía
TÍTULO VI y relacionados
Estatutos federales y estatales
Formulario de queja por discriminación**

Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (particular/celular):				
Teléfono (laboral):				
Dirección de correo electrónico:				
¿Cuál es el momento más oportuno para que nos comuniquemos con usted con respecto a esta queja?				
¿Tiene requisitos de formato accesible? (Seleccione todas las opciones que correspondan).	☐ Letras grandes	☐ TDD	☐ Cinta de audio	¿Otro?
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			☐ Sí	☐ No
Si respondió "no", proporcione el nombre, la dirección, el número de teléfono y la relación con la persona para la que presenta esta queja:				
Explique por qué realiza la presentación en nombre de esta persona:				
¿Ha obtenido el permiso de la persona para la que presenta la queja si lo está realizando en su nombre?			☐ Sí	☐ No
Base de las acciones discriminatorias: ____ RAZA ____ SEXO ____ COLOR ____ ORIGEN NACIONAL/ASCENDENCIA ____ CONDICIÓN DE VETERANO ____ CREDO ____ RELIGIÓN ____ DISCAPACIDAD ____ ESTADO CIVIL ____ INFORMACIÓN GENÉTICA ____ EDAD ____ AFECCIÓN MÉDICA ____ REPRESALIAS ____ INTIMIDACIÓN ____ OTRAS BASES PROTEGIDAS: _____				
Fechas de la supuesta discriminación (mes, día, año). Indique la fecha más temprana y la más reciente de discriminación:				

Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días posteriores al supuesto acto de discriminación.

Explique con la mayor claridad posible lo ocurrido y por qué considera que ha habido discriminación con respecto a un programa o actividad del Distrito para el Control de la Calidad del Aire en el Área de la Bahía (Bay Area Air Quality Management District, BAAQMD). Indique la ubicación de la presunta infracción y describa la naturaleza de la acción, la decisión o las condiciones de la supuesta discriminación.

Indique los nombres del departamento o programa/actividad del BAAQMD que usted alega que son responsables de las acciones discriminatorias:

Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si lo conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo con quien podamos comunicarnos para obtener información adicional que respalde o aclare su queja. (Adjunte hojas adicionales si es necesario).

Nombre

Dirección

Teléfono

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Tenga en cuenta que el BAAQMD no puede aceptar su queja sin su firma.

Firma del reclamante: _____

Fecha: _____

Envíe por correo postal o correo electrónico el formulario completo y firmado a:

Coordinadora de no discriminación

Kimberly Leefatt

Oficial de la Oficina de Derechos Civiles

Distrito del aire del área de la bahía

375 Beale Street, Suite 600

San Francisco, CA 94105

415.749.4610

Non-discriminationcoordinator@baaqmd.gov

Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días posteriores al supuesto acto de discriminación.