

FORMULARIO DE QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES

Instrucciones: El público general puede usar este formulario para presentar una queja ante el Consejo de Recursos del Aire de California por un caso de discriminación que una persona considere que haya ocurrido durante la administración de los programas o servicios que se ofrecen al público. Todas las quejas deben presentarse ante la [funcionaria de Derechos Civiles](#) del Consejo de Recursos del Aire de California (California Air Resources Board, CARB), ubicada en 1001 I Street, Sacramento, CA 95814. Puede comunicarse con dicha funcionaria al (916) 323-7053 o por fax al (916) 445-6531.

A continuación responda de la mejor manera posible a todas las preguntas que puedan corresponder a su situación. Puede utilizar hojas adicionales si las necesita. Si tiene alguna documentación que respalde su queja, adjúntela a este Formulario de Quejas sobre Derechos Civiles. Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con la funcionaria de Derechos Civiles del CARB.

1. INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE:

Nombre: _____	Información del programa: _____
Dirección: _____ _____	Número de teléfono: _____

¿Es usted un representante autorizado del demandante? Sí No

Comuníquese con la funcionaria de Derechos Civiles del CARB para actualizar su información de contacto si esta cambia antes de que la queja se resuelva.

2. FUNDAMENTOS DE LA QUEJA:

Proporcione una descripción detallada de los supuestos hechos que considera discriminatorios. Es posible que la funcionaria de Derechos Civiles o un representante se comuniquen con usted con preguntas de seguimiento para recopilar todos los hechos necesarios a fin de resolver esta queja.

a. ¿Qué hechos ocurridos considera como discriminatorios con relación a usted u otra persona?

b. ¿Por qué considera que esos hechos fueron discriminatorios?

c. ¿Dónde se produjeron los supuestos hechos de discriminación (en CARB, por teléfono u otro)?

d. ¿Cuándo ocurrieron los supuestos hechos de discriminación? Sea lo más específico posible sobre la fecha e indique si la discriminación se produjo una sola vez o si es constante y continúa sucediendo.

e. ¿Hay alguna otra persona que haya presenciado o tenga conocimiento de los supuestos hechos de discriminación? Indique los nombres de todas las personas que tengan conocimiento de los hechos.

3. CLASE PROTEGIDA

Identifique la clase protegida de la persona o el grupo de personas afectadas por la supuesta discriminación. Consulte la Política de Quejas sobre Derechos Civiles. Si marca casillas que no corresponden, la resolución de la queja puede demorarse.

- RAZA
- ORIGEN NACIONAL
- IDENTIFICACIÓN CON UNA ETNIA
- ASCENDENCIA
- RELIGIÓN
- EDAD
- GÉNERO
- ORIENTACIÓN SEXUAL
- EXPRESIÓN DE GÉNERO
- IDENTIDAD DE GÉNERO

- COLOR
- INFORMACIÓN O CARACTERÍSTICAS GENÉTICAS
- AFECCIÓN/CONDICIÓN MÉDICA
- DISCAPACIDAD MENTAL O FÍSICA

4. IDENTIFIQUE LO MEJOR POSIBLE EL PROGRAMA O LA ACTIVIDAD ADMINISTRADOS POR CARB QUE COMETIERON EL SUPUESTO HECHO DE DISCRIMINACIÓN.

Programa y división/unidad del CARB: _____ Persona de contacto del CARB, si la conoce: _____

Si corresponde, contratista o subcontratista del CARB: _____

¿Presentó la queja ante otra agencia estatal o federal? Sí No

El CARB realiza todos los esfuerzos posibles para proteger la confidencialidad de la información proporcionada, pero no puede garantizar que la confidencialidad sea absoluta. Esta se protegerá y respetará dentro de lo legalmente posible. Sin embargo, el anonimato y la confidencialidad no pueden garantizarse una vez que el CARB recibe la queja. Puede proteger su confidencialidad manteniendo los registros de cualquier entrevista con usted de forma confidencial.

CONFIRMACIÓN Y FIRMA

Confirmando que la información antes mencionada es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma del demandante: _____ Fecha: _____