



## Formulario para Queja por Discriminación

Numero de caso \_\_\_\_\_

Nota: Solicitamos la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, háganoslo saber. Si no puede completar el formulario personalmente, el supervisor de servicio al cliente de Palm Tran lo ayudará. Llame al 561-841-4287 para realizar tu solicitud. Si el supervisor de servicio al cliente de Palm Tran lo ayuda a completar el formulario, usted debe firmarlo para validar la información proporcionada.

**¿Está presentando esta queja en su nombre?** **SÍ** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_  
(Si respondió SÍ a esta pregunta, pase al numeral **2**. Si respondió NO a esta pregunta, pase al numeral**1**.)

### 1. Proporcione el nombre de la persona ante quien presenta la queja:

Nombre del Denunciante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico - domicilio (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### 2. Información de la persona que fue discriminada

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### 3. ¿Cuál es el nombre y la ubicación de la persona o departamento que cree que lo discrimino?

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**4. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor por qué cree que ocurrió la discriminación?  
¿Fue por su:**

- A. Raza
- B. Religión
- C. Nacionalidad
- D. Color
- E. Sexo (incluyendo género, identidad de género, embarazo u orientación sexual)

**5. ¿En qué fecha ocurrió la discriminación?**

\_\_\_\_\_

(Debe ser dentro de los últimos 180 días)

**6. En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explique lo que pasó y quien cree usted que fue el responsable. Asegúrese de incluir cómo otras personas recibieron un trato diferente.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Use más hojas o el revés de este papel. Si es necesario)



**7. ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local o tribunal federal o estatal? (Si su respuesta es No, vaya al punto 10)**

**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí. Circule todos los que aplican:

- A. Agencia Federal
- B. Corte Federal
- C. Corte Estatal
- D. Agencia Estatal
- E. Agencia Local

**8. Proporcione la información de contacto de la persona en la otra agencia/tribunal donde se presentó la queja.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**9. ¿Ha presentado alguna otra queja por discriminación ante Palm Tran?**

**Sí** \_\_\_\_\_ **No** \_\_\_\_\_

Si su respuesta es sí, por favor díganos cuando y con quien sometió la queja

Fecha: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número telefónico (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_



**10. Si este formulario fue completado por alguien que no sea el denunciante, proporcione información sobre quién lo completo y por qué.**

---

---

---

---

---

**11. Por favor firme y ponga la fecha a continuación. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.**

**Firma del Denunciante**

**Fecha**

---

---

*Envíe este formulario a Palm Tran - Atención: Administrador de servicio al cliente.  
Discrimination Complaint  
50 S. Military Trail, Suite 101  
West Palm Beach, FL 33415*

