



**CIUDAD DE SANTA MÓNICA  
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE  
Autobús Azul Grande  
Título II de la Ley de Estadounidenses con  
Discapacidades Sección 504 de la Ley de  
Rehabilitación de 1973 Formulario de Queja por  
Discriminación**

Por favor, rellene este formulario en su totalidad. Por favor, imprima o escriba la información.

Por favor, firme y envíe este formulario a la dirección que se muestra a continuación.

**Nombre del denunciante:**

---

Dirección:

---

Ciudad, estado y código postal:

---

Teléfono de la casa:

Teléfono celular:

---

Correo electrónico:

---

**Persona discriminada (si no es el demandante):**

---

Dirección:

---

Ciudad, estado y código postal:

---

Teléfono de la casa:

Teléfono celular:

---



City of  
**Santa  
Monica**

Correo electrónico:

---

**bigbluebus**  
ride blue. go green.



**Gobierno, organización o institución que usted cree que ha cometido un acto discriminatorio:**

Nombre:

---

Dirección:

---

Ciudad, estado y código postal:

---

Teléfono de la casa:

Teléfono celular:

---

Correo electrónico:

---

**¿Cuándo ocurrió la discriminación?**

Fecha:

Hora:

---

**¿Dónde se produjo la discriminación?**

Ubicación:

---

**Describa los actos de discriminación, proporcionando los nombres (cuando sea posible) de las personas, junto con detalles del incidente, incluidos los números de autobús y ruta (si corresponde):**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



**¿Se ha presentado la queja ante el Departamento de Justicia o cualquier otra agencia o tribunal de derechos civiles federal, estatal o local?**

Encierre en un círculo uno:            Sí            |            No

---

**En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:**

Agencia o Tribunal:

---

Persona de Contacto:

---

Dirección:

---

Ciudad, estado y código postal:

---

**¿Tiene la intención de presentar una demanda ante otra agencia o tribunal?**

Encierre en un círculo uno:            Sí            |

---

Ninguna agencia o

---

tribunal:

Persona de Contacto:

---

Dirección:

---

Ciudad, estado y código postal:

---

**Espacio adicional para las respuestas:**

---

---

---

---



Firma:

---

Fecha:

---

**Formulario de devolución a:**

Ciudad de Santa Mónica, Departamento de Transporte  
A la atención de: Bridget Cade, Oficial de Servicios  
Administrativos

1660 Calle Séptima

Santa Mónica, CA 90401

[Bridget.cade@santamonica.gov](mailto:Bridget.cade@santamonica.gov)