

Exhibit 1

Título VI queja forma

Departamento de aeropuertos del Condado de Sacramento se compromete a garantizar que ninguna persona es excluida de la participación en o negado los beneficios de su servicio sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, sexo, credo, discapacidad o cualquier otra protegida federalmente categoría prevista en el título VI de la ley de derechos civiles de 1964, enmendada. Título VI queja debe ser presentada dentro de 180 días a partir de la discriminación alegada.

Gracias por informar el Sacramento County Departamento de aeropuertos de la situación que has encontrado. El departamento tiene discriminación muy grave y no tolera este tipo de comportamiento.

La siguiente información es necesaria para procesar e investigar sus informes:

| | | |
|--|----------------------|----------------|
| Section I, Complainant: | | |
| Nombre: | | |
| US Mailing Address: | | |
| Dirección: | _____ | |
| Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| _____ | _____ | _____ |
| Telefono: | Telefono número dos: | |
| Correo electrónico: | | |
| ¿Formatos accesibles requisitos? ___ Grande letra ___ audio ___ (TDD)sordo _____ | | |
| Section II: | | |
| ¿Está presentando esta denuncia en su nombre? | | |
| <input type="checkbox"/> Sí * si usted contestó "sí" a esta pregunta, ir a la sección III | | |
| <input type="checkbox"/> No | | |
| Si no, por favor proporcionar el nombre y la relación de la persona para quien se quejan. | | |
| ¿cómo te llamas?: | Cuál es tu relación: | |
| Por favor explique por qué han presentado por un tercero. | | |
| Confirme que ha obtenido el permiso por la parte agraviada a presentar en su nombre. ___ si ___ No | | |
| Section III: | | |
| Creo que la discriminación que viví fue basada en (marque la casilla correspondiente): | | |
| <input type="checkbox"/> Raza/origen étnico; <input type="checkbox"/> Color; <input type="checkbox"/> Origen Nacional; <input type="checkbox"/> sexo (23 USC 324); | | |
| <input type="checkbox"/> Credo; <input type="checkbox"/> Edad (Ley discrimina edad de 1975); <input type="checkbox"/> Discapacidad (Rehabilitación. Acto 1973 sección 504) | | |
| Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año): | | |
| _____ | | |

Explicar claramente lo que sucedió y por qué cree que usted fueron discriminados. Describir a todas las personas que participaron. Incluir el nombre e información de contacto de la persona que discriminó (si se conoce) así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el dorso de este formulario.

Section IV

¿Usted ha presentado anteriormente una queja del título VI con esta agencia? Si No

Cuando sucedió esto:

Section V

¿Se presentó esta queja con cualquier otro Federal, estado o agencia local o con cualquier Tribunal Federal o estatal? Marque uno:

Si No, luego pasar a la sección VI.

En caso afirmativo, marque todas las que aplican:

Agencia Federal; Tribunal Federal ; Agencia del Estado; Tribunal del Estado State ; Agencia Local

Sírvanse facilitar información sobre una persona de contacto en la Agencia/tribunal donde se presentó la queja. Hojas adicionales se pueden proporcionar, según sea necesario.

¿cómo te llamas?:

Cuál es su posición:

agencia:

Proporcionar ubicación de vida:

número masculino de teléfono:

Section VI

Qué recurso o acción, se busca por presunta discriminación?

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es relevante a su queja. ¿Fue información adicional unida a la forma de denuncia? En caso afirmativo, enumere los siguientes elementos.

- 1. / uno
- 2. / dos

Firma debe ser proporcionada por demandante o representante de relleno de partido 3.

Complainant or third party representative
Representante de la querellante o un tercero

Date
¿qué día es hoy?

**MAIL FORM AND DOCUMENTATION TO:
FORMULARIO DE CORREO Y DOCUMENTACIÓN PARA:**