

Forma de Queja Capítulo VI Discriminación

Enviar forma firmada al:
Coordinador del Capítulo VI, Oficina de Recursos Humanos 11937 US Highway 271, Tyler, TX 75708

Apellido	Nombre		
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Correo Electrónico		
Indica por favor la(s) base(s) de su queja:			
Fecha y lugar de la(s) presunta(s) acción(es) discriminatoria(s). Favor de incluir la primera fecha de la presunta discriminación y la fecha más reciente de la presunta discriminación.			

Como se discriminó contra usted? Describa la naturaleza de la acción, decisión o las circunstancias de la presunta discriminación. Explique, de la manera más clara posible, que sucedió y porque cree usted que su status protegido fue un factor en la discriminación. Incluya como otras personas fueron tratadas de distinta manera que usted. (Adjunte hojas adicionales de ser necesario).			

La ley prohíbe intimidación o represalias contra cualquier persona ya sea por tomar acción o por participar en la forma de acción para asegurar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted siente que se han tomado represalias en su contra, aparte de la presunta discriminación mencionada anteriormente, favor de explicar las circunstancias a continuación. Explique la acción que usted tomó y que cree sea la causa de la presunta represalia.			

Nombre de los individuos responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):			

Nombre de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podemos contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja: (Adjunte hojas adicionales de ser necesario).	
<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>
<u>Teléfono</u>	
<hr/> <hr/> <hr/>	
Alguna vez ha presentado, o tiene la intención de presentar, una queja con respecto a esta situación con cualquiera de las organizaciones que se mencionan a continuación? De ser así, favor de proporcionar las fechas en que se presentaron. Marque todas las que apliquen.	
<input type="checkbox"/> Departamento de Transporte de los EE.UU. _____ <input type="checkbox"/> Administración Federal de Carreteras de los EE.UU. _____ <input type="checkbox"/> Administración de Transporte Federal de los EE.UU. _____ <input type="checkbox"/> Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales de los EE.UU. _____ <input type="checkbox"/> Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EE.UU. _____ <input type="checkbox"/> Tribunal Federal o Estatal de los EE.UU. _____ <input type="checkbox"/> Otros: _____	
Ha hablado sobre la queja con algún representante de Smith County? De ser así, favor de proporcionar el nombre y puesto de la persona y la fecha en la que tuvo la conversación.	
<hr/> <hr/> <hr/>	
Explique brevemente que remedio, o acción está usted buscando por la presunta discriminación.	
<hr/> <hr/> <hr/>	
Favor de proporcionar cualquier información adicional y/o fotografías, si son pertinentes, que usted crea ayudarán a la investigación.	
<hr/> <hr/> <hr/>	
No podemos aceptar una queja sin firma. Favor de incluir su firma y la fecha a continuación:	
Firma del Demandante: _____	Fecha: _____
UNICAMENTE PARA USO OFICIAL	
Fecha de Recibo de Queja: _____	No. de Caso: _____
Procesado por: _____	Fecha Remitida: _____
Remitida a: <input type="checkbox"/> USDOT <input type="checkbox"/> FHWA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> OFCCP <input type="checkbox"/> EEOC <input type="checkbox"/> OTHER _____	