



**North Carolina Department of Transportation**  
**FORMATO DE QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN**

Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección:		Ciudad	Estado	Código Postal	
Teléfono de Casa:	Teléfono de Trabajo:	Dirección de correo electrónico			
Identificar la categoría de la Discriminación:					
<input type="checkbox"/> RAZA		<input type="checkbox"/> COLOR		<input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL	
<input type="checkbox"/> RELIGIÓN		<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD		<input type="checkbox"/> SEXO/GÉNERO	
Identificar la Raza del Demandante					
<input type="checkbox"/> Afro Americano		<input type="checkbox"/> Blanco		<input type="checkbox"/> Hispano	
<input type="checkbox"/> Indio Americano		<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska		<input type="checkbox"/> Islas del Pacífico	
<input type="checkbox"/> Asiático Americano					
<input type="checkbox"/> Otra _____					
Fecha y lugar de la acción discriminatoria alegada(s). Por favor, incluya la fecha más antigua de la discriminación y la fecha más reciente de la discriminación.					
Nombre de las personas responsables de la acción discriminatoria (s):					
¿Cómo fué discriminado? Describir la naturaleza de la acción, decisión, o condiciones de la supuesta discriminación. Explicar lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué usted cree que su condición de protección (fundamento) fué un factor en la discriminación. Incluya de qué manera otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Si es necesario adjunte páginas adicional (es)).					
La ley prohíbe la intimidación o <b>represalias</b> contra cualquier persona porque él o ella ha tomado medidas, o ha participado activamente, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted siente que ha sido víctima de represalias, además de la supuesta discriminación, por favor explique las circunstancias a continuación. Explique qué medidas tomó usted que cree que fueron la causa de las supuestas represalias.					
Nombre de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores, u otros) que podemos contactar para obtener información adicional y apoyar o aclarar su queja: (Adjuntar pagina(s) adicional(es), si es necesario).					
Nombre Dirección Teléfono					
1.					
2.					
3.					
4.					

# FORMATO DE QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN

Página 2

¿Ha presentado o tiene intenciones de presentar una queja con respecto a cualquiera de las siguientes cuestiones planteadas? En caso afirmativo, indique la fecha de presentación. Marque todas las que aplican.

- US Comisión de Igualdad de Oportunidades de empleo \_\_\_\_\_
- Administración de Carreteras Federales \_\_\_\_\_
- US Departamento de Transporte \_\_\_\_\_
- Corte Federal o Estatal \_\_\_\_\_
- Otros \_\_\_\_\_

¿Ha discutido la denuncia con algún representante de NCDOT? En caso afirmativo, indique el nombre, puesto, y fecha de la discusión.

Por favor proporcione cualquier información adicional que considere usted pueda ayudar a una investigación.

Explique brevemente qué remedio, o acción, está usted buscando debido a la supuesta discriminación.

**\*\* NO PODEMOS ACEPTAR QUEJAS SIN FIRMAR. POR FAVOR INCLUYA SU FIRMA Y FECHA EN EL SIGUIENTE FORMATO.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL SOLICITANTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

### ENVÍE SU FORMATO DE QUEJA A:

NORTH CAROLINA DEPARTMENT OF TRANSPORTATION  
OFFICE OF CIVIL RIGHTS  
TITLE VI/EO CONTRACT COMPLIANCE SECTION  
1511 MAIL SERVICE CENTER  
RALEIGH, NC 27699-1511

### FOR OFFICE USE ONLY

Date Complaint Received: \_\_\_\_\_

Processed by: \_\_\_\_\_

Case #: \_\_\_\_\_

Referred to:  FHWA      Date Referred: \_\_\_\_\_