

FORMULARIO DE RECLAMOS POR DISCRIMINACIÓN

Cualquier persona que considere ha sido sujeta a un acto discriminatorio con base en su raza, color, sexo, edad, país de origen, discapacidad, nivel de ingresos o limitación para hablar o entender inglés, puede presentar un reclamo por escrito ante la DCHC MPO, a más tardar 180 días después de ocurrido el acto discriminatorio.

Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> Hombre
				<input type="checkbox"/> Mujer
Dirección:		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono casa:	Teléfono trabajo:	Dirección de correo electrónico:		

Identifique la categoría del acto discriminatorio:

RAZA COLOR PAÍS de ORIGEN LIMITACIONES con el IDIOMA INGLÉS EDAD
 RELIGIÓN DISCAPACIDAD SEXO NIVEL de INGRESOS

Identifique la raza del reclamante

Negro Blanco Hispano Asiático
 Amerindio Nativo de Alaska Isleño del Pacífico Otro _____

Fecha y lugar del supuesto acto discriminatorio. Favor de incluir dos fechas: la más antigua y la más reciente del acto discriminatorio.

Nombres de los individuos responsables del acto discriminatorio:

¿De qué manera fue usted discriminado? Describa la naturaleza del acto, decisión o condiciones del supuesto acto discriminatorio. Explique de la manera más clara posible qué ocurrió y por qué considera que su condición protegida (fundamento) fue un factor en el acto discriminatorio. Incluya cómo otras personas recibieron un trato diferente al suyo. **(De ser necesario, añada más páginas)**

La ley prohíbe actos de intimidación o **represalias** contra cualquier persona que haya actuado o haya participado en una acción para asegurar se respeten los derechos protegidos por estas leyes. Si usted considera que ha sido víctima de represalias o ha sido aislado del acto discriminatorio mencionado arriba, por favor explique las circunstancias en el espacio de abajo. Explique qué acciones tomó usted las cuales considera fueron la causa de las supuestas represalias. **(De ser necesario, añada más páginas)**

Nombres de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podemos contactar para obtener información adicional que corrobore o clarifique su reclamo: (De ser necesario, añada más páginas)

<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

FORMULARIO DE RECLAMOS POR DISCRIMINACIÓN

¿Ha presentado o pretende presentar un reclamo relacionado con este asunto ante alguna de las entidades siguientes? De ser así, favor de proporcionar las fechas en las que presentó su reclamo. Marque todas las que apliquen.

- Administración Federal de Carreteras _____
- Administración Federal de Transporte Público _____
- Administración Federal de Seguridad de Autotransporte _____
- Departamento de Transporte de los EE.UU. _____
- Corte federal o estatal _____
- Otra _____

¿Ha hablado sobre su reclamo con algún representante del DCHC MPO? De ser así, proporcione el nombre, cargo y fecha de la conversación.

Favor de proporcionar cualquier información adicional que usted considere sería útil durante una investigación.

Explique brevemente qué solución o acción espera usted sea tomada como resultado de su reclamo por el supuesto acto discriminatorio.

****NO PODEMOS ACEPTAR RECLAMOS SIN FIRMA. FAVOR DE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO AL CALCE.**

FIRMA DEL RECLAMANTE

FECHA

ENVÍE POR CORREO ESTE FORMULARIO DE RECLAMOS A:

City of Durham - Department of Transportation
Durham-Chapel Hill-Carrboro MPO
101 City Hall Plaza
Durham, NC 27701
919-508-1808 o sin costo al 800-522-0453

FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO OFICIAL

Date Complaint Received: _____

Processed by: _____

Case #: _____

Referred to: FHWA FTA FMCSA Date Referred: _____