



Jacksonville MPO 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		
<p>Identificar la categoría de la Discriminación:</p> <input type="checkbox"/> RAZA <input type="checkbox"/> COLOR <input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL <input type="checkbox"/> EDAD <input type="checkbox"/> RELIGIÓN <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> SEXO/GÉNERO				
<p>Identificar la Raza del Demandante</p> <input type="checkbox"/> Afro Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Asiático Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra _____				
<p>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.</p>				
<p>Nombre de las personas responsables de la acción discriminatoria (s):</p>				
<p>¿Cómo fue 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) fue 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)).</p>				
<p>La ley prohíbe la intimidación o represalias 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.</p>				
<p>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).</p> <p style="text-align: center;">Nombre Dirección Teléfono</p>				
<p>1.</p> <p>2.</p> <p>3.</p> <p>4.</p>				

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 _____
- North Carolina Departamento de Transporte _____
- Corte Federal o Estatal _____
- Otros _____

¿Ha discutido la denuncia con algún representante de JACKSONVILLE MPO? 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:

Jacksonville MPO
TITLE VI/EO CONTRACT COORDINATOR
PO Box 128
City Hall 815 New Bridge Street
JACKSONVILLE, NC 28541-0128

or call
910-938-5200

FOR OFFICE USE ONLY

Date Complaint Received: _____

Processed by: _____

Case #: _____

Referred to: NCDOT Date Referred: _____

OCR (Rev. 10/10)