



Forma Externa de Queja Capítulo VI Discriminación

Enviar forma firmada al:

Coordinador del Capítulo VI, Human Resources
301 Jackson Street, Suite 243, Richmond TX 77469

Apellido	Nombre	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Correo Electrónico	
Race	Color	
Nacionalidad	Género	
Indica por favor la(s) base(s) de su queja:		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
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..		
<hr/> <hr/>		
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).		
<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
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.		
<hr/> <hr/> <hr/>		
Nombre de los individuos responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):		
<hr/> <hr/>		

Forma Externa de Queja Capítulo VI Discriminación
Página dos

Nombre de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podamos 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>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

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.

Departamento de Transporte de los EE.UU _____

Administración Federal de Carreteras de los EE.UU _____

Administración de Transporte Federal de los EE.UU _____

Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales de los EE.UU _____

Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EE.UU _____

Tribunal Federal o Estatal de los EE.UU _____

Otros: _____

Ha hablado sobre la queja con algún representante de Fort Bend County? De ser así, favor de proporcionar el nombre y puesto de la persona y la fecha en la que tuvo la conversación.

Explique brevemente que remedio, o acción está usted buscando por la presunta discriminación

Favor de proporcionar cualquier información adicional y/o fotografías, si son pertinentes, que usted crea ayudarán a la investigación.

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: USDOT FHWA FTA OFCCP EEOC OTHER _____