

FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Cualquier persona que crea que ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, sexo, edad, origen nacional o discapacidad puede presentar una queja por escrito ante los Servicios de Envejecimiento, Discapacidad y Tránsito del Condado de Rockingham (ADTS), dentro de los 180 días posteriores a la discriminación.

Apellido:		Nombre:		Masculino
				Hembra
Dirección postal:		Ciudad	Estado	Cremallera
Teléfono de la casa:	Teléfono de trabajo:	Dirección de correo electrónico		
Identifique la categoría de discriminación: RAZA COLOR ORIGEN NACIONAL EDAD RELIGIÓN DISCAPACIDAD SEXO/GÉNERO				
Identificar la raza del demandante Negro, Blanco , Hispano, Asiático Americano Indio americano, nativo de Alaska , isleño del Pacífico, otros _____				
Fecha y lugar de las supuestas acciones discriminatorias. Incluya la fecha más temprana de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.				
Nombres de las personas responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):				
¿Cómo te discriminaron? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la supuesta discriminación. Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que su estado protegido (base) fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Adjunte la(s) página(s) adicional(es), si es necesario).				
La ley prohíbe la intimidación o las represalias contra cualquier persona porque haya tomado medidas, o haya participado en ellas, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que ha sido objeto de represalias, aparte de la discriminación alegada anteriormente, explique las circunstancias a continuación. Explique qué acción tomó que cree que fue la causa de la supuesta represalia.				
Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) con quienes podemos comunicarnos para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja: (Página (s) adicional(es) adjunta(s), si es necesario). <u>Nombre Dirección Teléfono</u> 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____				

FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

¿Ha presentado, o tiene la intención de presentar, una queja con respecto al asunto planteado con alguno de los siguientes? En caso afirmativo, sírvase indicar las fechas de presentación. Marque todo lo que corresponda.

Departamento de Transporte de Carolina del Norte _____

Administración Federal de Tránsito _____

Administración Federal de Carreteras _____

Departamento de Transporte de EE. UU. _____

Tribunal Federal o Estatal _____

Otro _____

¿Ha discutido la queja con algún representante de los Servicios para Personas Mayores, Discapacidades y Tránsito del Condado de Rockingham (ADTS)? En caso afirmativo, proporcione el nombre, el cargo y la fecha de la discusión.

Proporcione cualquier información adicional que crea que ayudaría con una investigación.

Explique brevemente qué remedio, o acción, está buscando para la supuesta discriminación.

****NO PODEMOS ACEPTAR UNA QUEJA SIN FIRMAR. FIRME Y FECHE EL FORMULARIO DE QUEJA A CONTINUACIÓN.**

FIRMA DEL DEMANDANTE

FECHA

ENVÍE EL FORMULARIO DE QUEJA POR CORREO A:

Servicios para Personas Mayores, Discapacidades y Tránsito del Condado de Rockingham (ADTS)

105 Avenida Lawsonville

Reidsville, NC 27320

336-349-2343 o 336-394-1300

apoole@adtsrc.org

SOLO PARA USO EN OFICINA

Fecha en que se recibió la queja: _____

Procesado por: _____

Caso #: _____

Referido a: NCDOT FTA Fecha de referencia: _____

