

Formulario Para Poner una Queja de Discriminación que aplica solo para los programas financiados por la Administración Federal de Seguridad de Autotransporte (FMCSA)

Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja.

Información de la persona que está poniendo la queja:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Correo Electrónico: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Persona a la que se discriminó (si es alguien que no es la persona que está poniendo la queja)

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Alternativo): _____

¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?

Raza _____ Nacionalidad (Especifique) _____

Color (Especifique) _____ Discapacidad (Especifique) _____

Sexo (Especifique) _____ Edad (Especifique) _____

Bajos Ingresos (Especifique) _____ Dominio Limitado de Inglés _____

¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación? _____

¿En dónde sucedió la discriminación? _____

¿Cuál es el nombre y título de la persona(s) que usted siente que cometió la discriminación contra usted (si lo sabe)? _____

Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja).

Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.

Si ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal, marque todas las que apliquen.

Agencia Federal Corte Federal Agencia Estatal Corte Estatal Agencia Local

Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Por favor firme abajo. Puede incluir cualquier material escrito u otra información que usted crea que es importante para probar su queja.

Firma de la Persona que presenta la queja

Fecha

Número de anexos: _____

Someta la forma y cualquier información adicional a:

ADOT Civil Rights Office
CivilRightsOffice@azdot.gov
ATTN: ADA/Title VI Nondiscrimination Program Coordinator
206 S. 17th Avenue, Mail drop 155A
Phoenix, AZ 85007
Phone: 602.712.8946 Fax: 602.239.6257
www.azdot.gov

Envíe el formulario completo por correo electrónico a CivilRightsOffice@azdot.gov
Se puede adjuntar documentos adicionales al correo electrónico.