

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

Información de la persona que está presentando 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	Teléfono (Casa)	Teléfono (Trabajo)	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó? Sea específico al seleccionar el fundamento de su queja:

<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color (Especifique)	<input type="checkbox"/> Nacionalidad (Especifique)	<input type="checkbox"/> Discapacidad (Especifique)
-------------------------------	----------------------------------------------	-----------------------------------------------------	-----------------------------------------------------

A continuación, se encuentran causas adicionales para presentar una queja relacionada con los programas y servicios proporcionados por la División de Vehículos Motorizados de ADOT MVD por sus siglas en inglés y la División de Cumplimiento y Aplicación de Leyes de ADOT ECD por sus siglas en inglés:

<input type="checkbox"/> Sexo (Especifique)	<input type="checkbox"/> Edad (Especifique)
---------------------------------------------	---------------------------------------------

¿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.

<input type="checkbox"/> Agencia Federal	<input type="checkbox"/> Corte Federal	<input type="checkbox"/> Agencia Estatal	<input type="checkbox"/> Corte Estatal	<input type="checkbox"/> 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 External Civil Rights
CivilRightsOffice@azdot.gov
ATTN: ADA/Title VI Nondiscrimination Program Coordinator
1801 W. Jefferson St. Ste.101 MD 154A
Phoenix, AZ 85007
Phone: 602.712.8946
www.azdot.gov

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