



CENTRAL TEXAS REGIONAL
MOBILITY AUTHORITY

Central Texas Regional Mobility Authority

Formulario de Quejas por Motivos de Discriminación

Envíe el formulario completo a:

Central Texas Regional Mobility Authority

3300 N IH-35, Suite 300

Austin, TX 78705-1849

| | |
|-----------|---------|
| Apellido: | Nombre: |
|-----------|---------|

| |
|---|
| Dirección domiciliar (ciudad, estado, código postal): |
|---|

| | |
|---------------------|---------------------|
| Número de teléfono: | Correo Electrónico: |
|---------------------|---------------------|

| |
|---|
| Método preferido de contacto: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo Electrónico |
| <input type="checkbox"/> Otro (especifique por favor) _____ |

| |
|--|
| Por favor indique el motivo de su queja. |
| <input type="checkbox"/> Raza _____ |
| <input type="checkbox"/> Color _____ |
| <input type="checkbox"/> Edad _____ |
| <input type="checkbox"/> Sexo _____ |
| <input type="checkbox"/> Origen Nacional _____ |
| <input type="checkbox"/> Impedimento _____ |

| |
|--|
| Fecha aproximada del presunto acto de discriminación. Indique por favor la primera vez que ocurrió la discriminación y la fecha más reciente de la discriminación. |
|--|

¿Cómo es que fue discriminado? Por favor describa en sus propias palabras el acto de la presunta discriminación. Relate lo que ocurrió y cómo han tratado a otras personas de manera distinta. Utilice hojas adicionales en caso de ser necesario. Adjunte otros documentos que demuestren lo ocurrido.

La ley prohíbe la intimidación y venganza contra cualquier persona que haya tomado acción o que haya participando en la investigación de una queja de discriminación. Si usted se siente que lo han amenazado, a parte de la discriminación alegada anteriormente, por favor explique las circunstancias abajo. Describa la acción que usted tomó que pudo haber causado esta amenaza.

Por favor escriba el nombre(s) e información de contacto para cualquier persona (testigos, otros empleados, supervisores, u otros) que podamos contactar para obtener información adicional y clarificar o justificar su alegación(es). Utilice las hojas adicionales, en caso de ser necesario.

| | Nombre | Dirección domiciliar | Número de teléfono |
|----|--------|----------------------|--------------------|
| 1) | | | |
| 2) | | | |
| 3) | | | |
| 4) | | | |

¿Qué acciones ha tomado usted o su representante para resolver esta queja? Por favor incluya las fechas de su representación u otras fechas que apliquen a su caso.

Acción:

Fecha:

Administración Federal de Carreteras de los EE.UU

Departamento de Transporte de los EE.UU.

Otras Agencias Federales de los EE.UU.

Tribunal Federal de los EE.UU.

Otros

Favor de proporcionar cualquier información adicional y/o fotografías que sean pertinentes a la investigación.

Explique que medidas o acciones esta buscando para remediar el presunto acto de discriminación.

No podemos aceptar una queja sin firma. Favor de incluir su firma y la fecha a continuación:

Firma

Fecha