



Formulario de Denuncia de Discriminación Externa

Apellido: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

Teléfono Alternativo: _____

Correo Electrónico: _____

Indica por favor la(s) base(s) de su queja: Q

Raza _____ Q Edad _____

Q Color _____ Q Discapacidad _____

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.

¿Cómo se discriminó contra usted? Describa la naturaleza de la acción, decisión o las circunstancias de la presunta discriminación. Explique, de la manera mas clara posible, que sucedió y porqué cree usted que su estatus protegido fue un factor en la discriminación.
Incluya como otras personas fueron tratadas de distinta manera que usted. (Adjunte hojas adicionales de ser necesario).

La ley prohíbe intimidación o represalias contra cualquier persona ya sea por tomar acción o por participar en la toma 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 que cree sea la causa de la presunta represalia.

Nombre de los individuos responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):

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).

	Nombre	Correo Electrónico	Teléfono
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____
5.			

¿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.

- Q Departamento de Transporte de los EE.UU. _____
- @ Administración Federal de Carreteras de los EE.UU. _____
- D Administración de Transporte Federal de los EE.UU. _____
- O Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales de los EE.UU. _____
- Q Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EE.UU. _____
- D Tribunal Federal o Estatal de los EE.UU. _____
- Otros _____
-

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

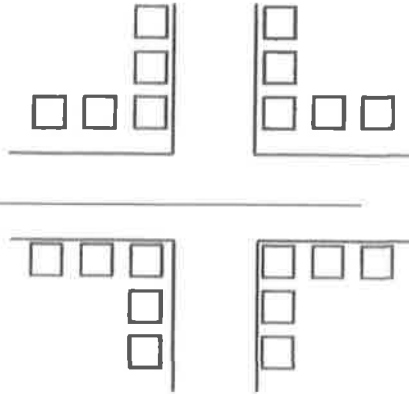
Explique brevemente que remedio, o acción está usted buscando por la presunta discriminación.

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

Por favor incluya la siguiente información solo para las Denuncias de Discriminación:

Si es pertinente, favor de incluir una descripción y el local exacto donde no se tiene accesibilidad.

Nombre de la calle: _____



Nombre de la calle: _____

Por favor incluya comentarios, sugerencias y cualquier otra información que nos pueda ayudar en proveerle un mejor servicio..

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

Firma del Demandante

Fecha

Representante autorizado en nombre del Demandante

Representante autorizado para la firma del Demandante

Fecha

Puede enviar este formulario por correo electrónico a www.leonvalleytexas.gov, o por correo postal al:

City of Leon Valley, Sección de Derechos Civiles
6400 El Verde Rd
Leon Valley, TX 78238