

FORMULARIO DE RECLAMOS POR DISCRIMINACIÓN

**Cualquier persona que considere ha sido sujeta a un acto discriminatorio con base en su raza, color, sexo, edad, país de origen, discapacidad, nivel de ingresos o limitación para hablar o entender inglés, puede presentar un reclamo por escrito ante la DCHC MPO, a más tardar 180 días después de ocurrido el acto discriminatorio.**

Apellido:	Nombre:	<input type="checkbox"/> Hombre
		<input type="checkbox"/> Mujer

Dirección:	Ciudad	Estado	Código postal
------------	--------	--------	---------------

Teléfono casa:	Teléfono trabajo:	Dirección de correo electrónico:
----------------	-------------------	----------------------------------

Identifique la categoría del acto discriminatorio:

RAZA     
  COLOR     
  PAÍS de ORIGEN     
  LIMITACIONES con el IDIOMA INGLÉS     
  EDAD  
 RELIGIÓN     
  DISCAPACIDAD     
  SEXO     
  NIVEL de INGRESOS

Identifique la raza del reclamante

Negro     
  Blanco     
  Hispano     
  Asiático  
 Amerindio     
  Nativo de Alaska     
  Isleño del Pacífico     
  Otro \_\_\_\_\_

Fecha y lugar del supuesto acto discriminatorio. Favor de incluir dos fechas: la más antigua y la más reciente del acto discriminatorio.

Nombres de los individuos responsables del acto discriminatorio:

¿De qué manera fue usted discriminado? Describa la naturaleza del acto, decisión o condiciones del supuesto acto discriminatorio. Explique de la manera más clara posible qué ocurrió y por qué considera que su condición protegida (fundamento) fue un factor en el acto discriminatorio. Incluya cómo otras personas recibieron un trato diferente al suyo. **(De ser necesario, añada más páginas)**

La ley prohíbe actos de intimidación o **represalias** contra cualquier persona que haya actuado o haya participado en una acción para asegurar se respeten los derechos protegidos por estas leyes. Si usted considera que ha sido víctima de represalias o ha sido aislado del acto discriminatorio mencionado arriba, por favor explique las circunstancias en el espacio de abajo. Explique qué acciones tomó usted las cuales considera fueron la causa de las supuestas represalias. **(De ser necesario, añada más páginas)**

Nombres de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podemos contactar para obtener información adicional que corrobore o clarifique su reclamo: (De ser necesario, añada más páginas)

<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

FORMULARIO DE RECLAMOS POR DISCRIMINACIÓN

¿Ha presentado o pretende presentar un reclamo relacionado con este asunto ante alguna de las entidades siguientes? De ser así, favor de proporcionar las fechas en las que presentó su reclamo. Marque todas las que apliquen.

- Administración Federal de Carreteras \_\_\_\_\_
- Administración Federal de Transporte Público \_\_\_\_\_
- Administración Federal de Seguridad de Autotransporte \_\_\_\_\_
- Departamento de Transporte de los EE.UU. \_\_\_\_\_
- Corte federal o estatal \_\_\_\_\_
- Otra \_\_\_\_\_

¿Ha hablado sobre su reclamo con algún representante del DCHC MPO? De ser así, proporcione el nombre, cargo y fecha de la conversación.

Favor de proporcionar cualquier información adicional que usted considere sería útil durante una investigación.

Explique brevemente qué solución o acción espera usted sea tomada como resultado de su reclamo por el supuesto acto discriminatorio.

**\*\*NO PODEMOS ACEPTAR RECLAMOS SIN FIRMA. FAVOR DE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO AL CALCE.**

\_\_\_\_\_  
**FIRMA DEL RECLAMANTE**

\_\_\_\_\_  
**FECHA**

**ENVÍE POR CORREO ESTE FORMULARIO DE RECLAMOS A:**

City of Durham - Department of Transportation  
Durham-Chapel Hill-Carrboro MPO  
101 City Hall Plaza  
Durham, NC 27701  
919-508-1808 o sin costo al 800-522-0453

**FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO OFICIAL**

Date Complaint Received: \_\_\_\_\_

Processed by: \_\_\_\_\_

Case #: \_\_\_\_\_

Referred to:  FHWA  FTA  FMCSA Date Referred: \_\_\_\_\_