

FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN DEL PROGRAMA DE TRANSPORTE COMUNITARIO DEL CONDADO DE CUMBERLAND

<p style="color: red; margin: 0;">Cualquier persona que crea que ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, credo, sexo, edad, origen nacional o discapacidad puede presentar una queja por escrito ante el Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland, dentro de los 180 días posteriores a la ocurrencia de la discriminación.</p>																		
Apellido:	Nombre:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																
Dirección postal:	Ciudad	Estado	Cremallera															
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Dirección de correo electrónico																
Identificar la categoría de discriminación:																		
<input type="checkbox"/> CARRERA <input type="checkbox"/> COLOR <input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL <input type="checkbox"/> SEXO <input type="checkbox"/> CREDO (RELIGIÓN) <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD <input type="checkbox"/> DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS <input type="checkbox"/> EDAD																		
<small>*NOTA: Las bases del Título VI son raza, color, origen nacional. Todas las demás bases se encuentran en la "Garantía de No Discriminación" de las Certificaciones y Garantías del TLC.</small>																		
Identifique la raza del demandante																		
<input type="checkbox"/> NEGRO <input type="checkbox"/> BLANCO <input type="checkbox"/> HISPANO <input type="checkbox"/> ASIÁTICO-AMERICANO <input type="checkbox"/> INDIO AMERICANO <input type="checkbox"/> NATIVO DE ALASKA <input type="checkbox"/> ISLENO PACÍFICO <input type="checkbox"/> Otrosr _____																		
Fecha y lugar de la(s) supuesta(s) acción(es) discriminatoria(s). Incluya la fecha más temprana de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.																		
Nombres de las personas responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):																		
¿Cómo te discriminaron? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que su estado de protección (base) fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Adjunte la(s) página(s) adicional(es), si es necesario).																		
La ley prohíbe la intimidación o las represalias contra cualquier persona porque haya tomado medidas, o haya participado en ellas, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que ha sido objeto de represalias, aparte de la discriminación alegada anteriormente, explique las circunstancias a continuación. Explique qué acción tomó que cree que fue la causa de la presunta represalia.																		
Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) con quienes podemos comunicarnos para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja: (Página (adjunta(s) adicional(es), si es necesario).																		
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left; width: 25%;"><u>Nombre</u></th> <th style="text-align: left; width: 45%;"><u>Dirección</u></th> <th style="text-align: left; width: 30%;"><u>Teléfono</u></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>2. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>3. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>4. _____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>				<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>	1. _____	_____	_____	2. _____	_____	_____	3. _____	_____	_____	4. _____	_____	_____
<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Teléfono</u>																
1. _____	_____	_____																
2. _____	_____	_____																
3. _____	_____	_____																
4. _____	_____	_____																

FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

¿Ha presentado, o tiene la intención de presentar, una queja con respecto al asunto planteado con cualquiera de los siguientes? En caso afirmativo, sírvase indicar las fechas de presentación. Marque todo lo que corresponda.

- NC Departamento de Transporte _____
- Federal Administración de Tránsito _____
- US Departamento de Transporte _____
- US Departamento de Justicia _____
- Federales o Tribunal Estatal _____
- Otrosr _____

¿Ha discutido la queja con algún representante del Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland? En caso afirmativo, proporcione el nombre, el cargo y la fecha de la discusión.

Proporcione cualquier información adicional que crea que podría ayudar con una investigación.

Explique brevemente qué remedio o acción está buscando para la supuesta discriminación.

****NO PODEMOS ACEPTAR UNA QUEJA SIN FIRMAR.
FIRME Y FECHÉ EL FORMULARIO DE QUEJA A CONTINUACIÓN.**

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA

**ENVÍE EL FORMULARIO DE QUEJA POR CORREO A:
PROGRAMA DE TRANSPORTE COMUNITARIO DEL CONDADO DE
CUMBERLAND 130 GILLESPIE STREET, SALA 217
FAYETTEVILLE NC 28301
910-678-7624**

FOR OFFICE USE ONLY

Date Complaint Received: _____

Processed by: _____

Case #: _____

Referred to: NCDOT FTA Date Referred: _____