



FORMULARIO DE DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN TITLE VI

Enviar por correo el formulario firmado a la organización de planificación metropolitana de Sherman-Denison, 100 W. Houston St. Suite G1, Sherman, TX 75090

Apellido		Nombre	
Dirección de correo		Ciudad	Estado Cremallera
Teléfono	Teléfono alternativo	Dirección de correo electrónico	
Por favor, indique la base de su queja: <input type="checkbox"/> Carrera _____ <input type="checkbox"/> Edad _____ <input type="checkbox"/> Origen nacional _____ <input type="checkbox"/> Color _____ <input type="checkbox"/> Sexo _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad _____			
Fecha y lugar de la supuesta acción discriminatoria (s). Por favor incluya la fecha más temprana de la discriminación y la fecha más reciente de discriminación.			
¿Cómo se fueron discriminados contra? Describir la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la discriminación alegada. Explicar lo más claramente posible lo que sucedió y por qué crees que su estado de protección (base) era un factor en la discriminación. Incluyen cómo otras personas fueron tratadas diferentemente de usted. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).			

La ley prohíbe intimidación o represalia contra cualquier persona porque él o ella ha actuado o participaron en la acción, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted siente que han sido represalias contra, separar la discriminación alegada por encima, por favor explique las circunstancias abajo. Explicar qué medidas tomaste que crees que fue la causa de la supuesta venganza. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Nombres de las personas responsables de las acciones discriminatorias:

Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) que nos podemos en contacto para que obtener más información apoyar o aclarar su queja: (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Nombre	Dirección	Teléfono
		()
		()
		()
		()

Ha presentado, o la intención de presentar, una queja sobre el asunto con cualquiera de los siguientes organismos? En caso afirmativo, indique las fechas de presentación. Marque todas las que aplican.

- Departamento de transporte de _____
- Administración Federal de Carreteras _____
- Administración de tránsito federal _____
- Oficina de programas de cumplimiento de contrato Federal _____
- Comisión de oportunidad de igualdad de empleo de los Estados Unidos _____
- Departamento de Justicia de Estados Unidos _____
- Otros _____

¿Han discutido la queja con cualquier representante de MPO de Sherman-Denison? En caso afirmativo, proporcione el nombre, posición y fecha de discusión.

Explique brevemente qué remedio o acción, usted está buscando para la discriminación alegada.

Por favor proporcione cualquier información adicional o fotografías, en su caso, que creen voluntad ayudar en una investigación.

No podemos aceptar una queja sin firmar. Por favor escriba su nombre, firme y feche el formulario a continuación:

Nombre del autor

Firma del demandante

Fecha

PARA USO DE OFICINA SOLAMENT

Fecha queja recibida: _____ Caso #: _____

Procesado por: _____ Fecha que se refiere el: _____