

Val Verde County

Title VI Formulario externo de quejas por discriminación del Título VI

Este formulario se puede utilizar para presentar una queja ante el Condado de Val Verde por violaciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. Tiene 60 días desde el momento en que se dio cuenta para presentar una queja.

Envíe el formulario firmado a:

Joanna Montemayor
Val Verde County Title VI Coordinator
Val Verde County Administration Building
207 E. Losoya Street
Del Rio, Texas 78840
Phone: 830-774-7596

Correo Electronico: jmontemayor@valverdecountry.texas.gov

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la oficina del Coordinador Del Título VI/No discriminación al (830) 774-7596.

Apellido		Nombre	
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono	Teléfono Alternativo	Correo Electrónico	
Indique el motivo por el que fue discriminado:			
☐ Raza:	☐ Edad:	☐ País de origen:	
☐ Color:	☐ Género:	☐ Otro:	
Fecha y lugar de las presuntas actitudes discriminatorias. Incluya la fecha la discriminación más antigua y la fecha de la discriminación más reciente.			
De qué forma lo discriminaron? Describa la naturaleza de las actitudes, decisiones o condiciones de la presunta discriminación. Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y por qué cree que su estado de protección (base) fue un factor en la discriminación. Incluya una descripción de cómo se trató a otras personas en comparación. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).			

La ley prohíbe la intimidación o las represalias contra cualquier persona por haber tomado medidas o haber participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por esta ley. Si cree que ha sufrido represalias, además de la discriminación que informo anteriormente, describa las circunstancias a continuación. Explique la acción que tomó y que cree que fue la causa de la presunta represalia.

Nombres de las personas responsables de las actitudes discriminatorias:

Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a las que podemos contactar para obtener información adicional que respalde su queja. (adjunte páginas adicionales, si es necesario).

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

Ha presentado o tiene la intención de presentar una queja sobre el asunto expuesto ante alguno de los siguientes organismos? En caso afirmativo, proporcione las fechas de presentación. Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|-------------------------------|
| ☐ Departamento de Transporte de EE. UU. (DOT) | Fecha de presentación : _____ |
| ☐ Administración Federal de Carreteras (FWWA) | Fecha de presentación : _____ |
| ☐ Administración Federal de Tránsito (FTA) | Fecha de presentación: _____ |
| ☐ Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) | Fecha de presentación: _____ |
| ☐ Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE. UU. (EEOC) | Fecha de presentación: _____ |
| ☐ Departamento de Justicia de EE. UU. (DOJ) | Fecha de presentación: _____ |
| ☐ Otro: _____ | Fecha de presentación: _____ |

Ha hablado sobre la queja con algun representante del Condado de Val Verde? En caso afirmativo, proporcione el nombre. , el cargo y la fecha en aque hablaron.

Explique brevemente que remedio o accion espera recibir por la presunta discriminacion.

Proporcione cualquier material informativo o fotografico adicional, si corresponde, que crea ayudara en una investigacion (adjunte paginas adicionales, si es necesario).

No podemos aceptar una queja sin firmar. Por favor firme y feche el formulario de queja abajo.

Firma del demandante (o del representante autorizado)

Fecha

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de recepcion de la queja: _____ No. de caso: _____

Procesado por: _____ Fecha de remision: _____

Remitido: ☐ USDOT ☐ FHWA ☐ FTA ☐ OFCCP ☐ EEOC ☐ OTHER