

Transporte Público del Condado de Sampson
FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

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 Departamento de Transporte del Área de Sampson, dentro de los 180 días posteriores a la fecha en que ocurrió la discriminación.

Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> Masculino
				<input type="checkbox"/> Hembra
Dirección para correspondencia:		Ciudad	Estado	Cremallera
Teléfono de la casa:	Teléfono del trabajo:	Dirección de correo electrónico		

Identifique la categoría de discriminación:

RAZA COLOR ORIGEN NACIONAL SEXO
 CREDO (RELIGIÓN) DISCAPACIDAD DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS EDAD

**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 de la FTA.*

Identifique la raza del demandante

Negro Blanco Hispánico Asiático-Americano
 Amerindio Nativo de Alaska Isleño del Pacífico Otro _____

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).

Nombre

Dirección

Teléfono

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.

- Departamento de Transporte de Carolina del Norte _____
- Administración Federal de Tránsito _____
- Departamento de Transporte de EE. UU. _____
- Departamento de Justicia de EE. UU. _____
- Tribunal Federal o Estatal _____
- Otro _____

¿Has discutido la queja con algún representante del SAT? 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:

Transporte Público del Condado de Sampson

405 County Complex Rd

Clinton, NC 28328

roates@sampsonnc.com

910-299-0127

SOLO PARA USO EN OFICINA

Date Complaint Received: _____

Processed by: _____

Case #: _____

Referred to: NCDOT FTA Date Referred: _____