



Formulario de quejas del Título VI y la Ley ADA

Formulario 2193
Rev. 25/01

Página 1 de 3

Envíe el formulario firmado por correo al condado de Bastrop, Attn: Ashley Piper,
804 Pecan St, Bastrop, Texas 78602 o envíelo por fax al 512-581-7118.

Apellido _____ Nombre de pila _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Correo electrónico: _____

Por favor indique el motivo de su queja:

- ☐ Carrera _____ ☐ Origen nacional _____
- ☐ Color _____ ☐ Discapacidad _____

Fecha y lugar de las presuntas acciones discriminatorias. Incluya la fecha más antigua y la más reciente de las acciones discriminatorias.

¿Cómo fue discriminado? 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 condición protegida (base) fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

La ley prohíbe la intimidación o represalia contra cualquier persona que haya tomado medidas o participado en ellas para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que ha sufrido represalias, aparte de la discriminación alegada anteriormente, explique las circunstancias a continuación. Explique qué acción tomó que, en su opinión, fue la causa de la presunta represalia.

Nombres de las personas responsables de las acciones discriminatorias:

Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podemos contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar 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 intención de presentar una queja sobre el asunto planteado ante alguno de los siguientes? En caso afirmativo, indique las fechas de presentación. Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Departamento de Transporte de los Estados Unidos _____
- ☐ Administración Federal de Carreteras _____
- ☐ Administración Federal de Tránsito _____
- ☐ Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales _____
- ☐ Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los Estados Unidos _____
- ☐ Departamento de Justicia de los Estados Unidos _____
- ☐ Otro _____

¿Ha hablado de la queja con algún representante del condado de Bastrop? Si es así, indique el nombre, el cargo y la fecha de la conversación.

Explique brevemente qué remedio o acción está buscando por la presunta discriminación.

Proporcione cualquier información adicional y/o fotografías, si corresponde, que crea que ayudarán con la investigación.

Solo para quejas de la ADA, proporcione la siguiente información:

Si corresponde, proporcione una descripción y la ubicación exacta de la función no accesible.

(Nombre de la calle)

Proporcione comentarios, sugerencias u otra información que pueda ayudarnos a brindarle un mejor servicio.

(Nombre de la calle)

No podemos aceptar una queja sin firmar. Firme y feche el formulario de queja que aparece a continuación.

Firma del denunciante

Fecha

SOLO PARA USO DE OFICINA

Fecha de recepción de la queja: _____

Caso #: _____

Procesado por: _____

Fecha de referencia: _____

Referencia a: ☐ USDOT ☐ FHWA ☐ FTA ☐ OFCCP ☐ Otro _____