



Condado de Hidalgo

Formulario externo de quejas por discriminación del Título VI/ADA

Este formulario se puede utilizar para presentar una queja ante el condado de Hidalgo por violaciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 o la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). (Los empleados del condado de Hidalgo deben utilizar los procedimientos de queja descritos en la política para empleados del condado correspondiente). Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. Si no había forma de que usted se diera cuenta de que el acto fue discriminatorio dentro de los 180 días, tiene 60 días desde el momento en que se dio cuenta para presentar una queja. Envíe el formulario firmado a:

Correo postal: Hidalgo County Executive Office
Attn: Title VI/Nondiscrimination Coordinator and/or ADA Coordinator
505 S. McColl Rd., Suite J
Edinburg, TX 78539

Fax: (956) 292-7034

Correo Electronico: titlevi@co.hidalgo.tx.us o ada@co.hidalgo.tx.us.

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la oficina del Coordinador del Título VI/No discriminación/Coordinador de ADA al (956) 292-7655.

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____ **Teléfono Alternativo:** _____

Correo Electrónico: _____

Indique el motivo por el que fue discriminado:

- Raza _____ País de origen _____ Otro _____
- Color _____ Discapacidad _____

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 estas leyes. Si cree que ha sufrido represalias, además de la discriminación que informó 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 o aclare 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 (FWHA) 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 algún representante del condado de Hidalgo? En caso afirmativo, proporcione el nombre, el cargo y la fecha en que hablaron.

Explique brevemente qué remedio o acción espera recibir por la presunta discriminación.

Proporcione cualquier material informativo o fotográfico adicional, si corresponde, que crea que ayudará en una investigación (adjunte páginas adicionales, si es necesario).

Solo para quejas por violaciones a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), proporcione la siguiente información:

Si corresponde, proporcione una descripción y la ubicación exacta de la función no accesible. Proporcione un boceto o una imagen si es útil. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

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

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

Persona que prepara la queja (si no es el demandante)

Relación con el demandante

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de recepción de la queja: _____

N.º de caso: _____

Procesado por: _____

Fecha de remisión: _____

Remitido a: USDOT FHWA FTA OFCCP EEOC Other _____