

Envíe el formulario completado a:

Coordinador de la ADA, Condado de Montague
PO Box 416, (11339 Hwy 59 N)
Montague, TX 76251.
Correo electrónico: ada@co.montague.tx.us

Apellidos: _____ Nombre: _____

Dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Indique el motivo de su queja:

- Raza _____
- Origen nacional _____
- Color _____
- Otro tipo _____

Fecha y lugar de la(s) supuesta(s) acción(es) discriminatoria(s). Por favor, incluya la fecha más antigua de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.

¿De qué manera lo discriminaron? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la supuesta discriminación. Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y por qué cree que su condición de persona protegida (fundamento) fue un factor determinante 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 las represalias contra cualquier persona por haber tomado medidas o participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si considera que ha sido objeto de represalias, independientemente de la discriminación alegada anteriormente, explique las circunstancias a continuación. Explique qué medida tomó que, en su opinión, fue la causa de la supuesta represalia.

Nombres de las personas responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):

Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) con quienes podamos contactar para obtener información adicional que respalde o aclare su queja (*adjunte páginas adicionales, si es necesario*):

	Nombre	Dirección	Teléfono
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

¿Ha presentado o tiene intención de presentar una queja sobre el asunto planteado ante alguna de las siguientes instancias?

En caso afirmativo, indique las fechas de presentación. Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Transporte de EE. UU. | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Administración Federal de Carreteras | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Administración Federal de Tránsito | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Transporte del Estado de Texas | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE. UU. | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia de EE. UU. | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Fecha de presentación: _____ |

¿Ha hablado de la queja con algún _____ (Nombre del destinatario) representante?

En caso afirmativo, indique el nombre, el cargo y la fecha de la conversación.

Explique brevemente qué solución o medida solicita por la presunta discriminación.

Por favor, facilite cualquier información adicional y/o fotografías, si procede, que considere que puedan ayudar en la investigación.

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

Firma de la persona que presenta la queja

Fecha