

# TRÁNSITO DEL CONDADO DE JACKSON

## FORMULARIO DE DENUNCIA 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 JCT, dentro de los 180 días posteriores a la discriminación.**

Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> Masculino
				<input type="checkbox"/> Hembra
Dirección de envío:		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de 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                       AÑOS

\*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 FTA.

Identificar la raza del demandante

Negro                       Blanco                       Hispano                       Asiático americano  
 Indio americano                       Nativo de Alaska                       Isleño del Pacífico                       Otro \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de la(s) supuesta(s) acción(es) discriminatoria(s). Incluya la fecha más antigua 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 supuesta 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 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 acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que ha sufrido represalias, además de la discriminación alegada anteriormente, explique las circunstancias a continuación. Explique qué acción tomó y que cree que fue la causa de la supuesta represalia.

Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podemos contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja: (Adjunto página(s) adicional(es), si es necesario).

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

FORMULARIO DE DENUNCIA POR DISCRIMINACIÓN

¿Ha presentado, o tiene la intención de presentar, una queja sobre el asunto planteado con alguno de los siguientes? En caso afirmativo, proporcione las fechas de presentación. Marque todo lo que corresponda.

- Departamento de Transporte de Carolina del Norte \_\_\_\_\_
- Administración Federal de Tránsito \_\_\_\_\_
- Estados Unidos Departamento de transporte \_\_\_\_\_
- Estados Unidos Departamento de Justicia \_\_\_\_\_
- Tribunal federal o estatal \_\_\_\_\_
- Otra \_\_\_\_\_

¿Ha discutido la queja con algún representante de JCT? En caso afirmativo, proporcione el nombre, el cargo y la fecha de la discusión.

Proporcione cualquier información adicional que crea que ayudaría con una investigación.

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

**\*\*NO PODEMOS ACEPTAR UNA QUEJA SIN FIRMA. POR FAVOR FIRME Y FECHA EL FORMULARIO DE QUEJA A CONTINUACIÓN.**

\_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA DEMANDANTE

\_\_\_\_\_  
FECHA

**ENVÍE EL FORMULARIO DE QUEJAS A:**

Tránsito del Condado de Jackson  
1148 Haywood Rd.  
Sylva, NC 28779  
aprilalm@jacksonnc.org  
828-586-0233

**SÓLO PARA USO DE OFICINA**

Fecha de recepción de la queja \_\_\_\_\_

Procesado por: \_\_\_\_\_

Caso #: \_\_\_\_\_

Referido a: NCDOT FTA Fecha de referencia: \_\_\_\_\_