

CONDADO DE GONZALES

Formulario externo de quejas por discriminación del Título VI/ADA

Este formulario se puede utilizar para presentar una queja ante el condado de Gonzales por violaciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 o la Ley para Americanos con Discapacidades (ADA). (Los empleados del condado de Gonzales deben utilizar los procedimientos de queja descritos en la política para empleados del condado correspondiente). Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días siguientes a la presunta discriminación. Envíe el formulario firmado a:

Correo postal: Gonzales County Human Resources
427 St. George Street, Basement
Gonzales, Texas 78629

Fax: (830) 263-7022

Correo Electronico: hr@co.gonzales.tx.us

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la oficina del Coordinador del Título VI/No discriminación/ Coordinador de ADA al (830) 339-8476.

Apellido: _____ **Nombre:** _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____
Teléfono: _____ **Teléfono Alternativo** _____
Correo Electrónico: _____

Indique el motivo por el que fue discriminado:

___ Raza _____ País de Origen _____
___ Color _____ Discapacidad _____
___ Otro _____

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 al mayor claridad posible lo que sucedió y por qué cree que su estatus de protección (base) fue un factor en al discriminación. Incluye 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 presunto 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 o otros) a las que podemos contractor 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 persecución? En caso afirmativo, proveer las fechas de presentación. Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Transporte de EE.UU. (DOT) | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Administración Federal de Carreteras (FHWA) | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Administración Federal de Tránsito (FTA) | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE.UU. (EEOC) | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia de EE. UU. (DOJ) | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Fecha de presentación: _____ |

¿Ha hablado sobre la queja con algún representante del condado de Gonzales? En caso afirmativo, proveer el nombre, el cargo y la fecha en que hablaron.

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

Proveer cualquier información material 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 Americanos con Discapacidades (ADA), proporcione la siguiente información:

Si corresponde, proveer una descripción y el lugar exacta de la función no accesible. Proveer un boceto o una imagen si es útil. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).



Proveer comentarios, sugerencias o otra información que pueda ayudarnos a darle un mejor servicio.



No podemos aceptar una queja no firmada. Por favor firme y fecha el siguiente formulario de queja.

Firma del demandante (o representante autorizado)

Fecha

Persona que preparo la queja

Relaciòn con el demandante

SÒLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha de recepciòn de la queja: _____

N.o de caso: _____

Procesado por: _____

Fecha de remisiòn: _____

Remitido a: ___ *USDOT* ___ *FHWA* ___ *FTA* ___ *OFCCP* ___ *EEOC* ___ *Other* _____