

FORMULARIO DE DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN EXTERNA

Enviar por correo el formulario firmado a la organización de planificación metropolitana de Waco P.O. Box 2570, Waco, Tx. 76702-2570

Si necesita información en otro idioma, por favor póngase en contacto con el MPO de Waco, 254-750-5651.

| Apellido | | Nombre | | | | |
|---|----------------------|-------------------------|-----------|------------|--|--|
| Dirección de correo | | Ciudad | Estado | Cremallera | | |
| Teléfono | Teléfono alternativo | Dirección de correo ele | ectrónico | | | |
| Por favor, indique la base de su queja: | | | | | | |
| ☐ Carrera | Carrera | | | | | |
| □ Color | □ Sexo | □ Discapacidad | l | | | |
| Fecha y lugar de la supuesta acción discriminatoria (s). Por favor incluya la fecha más temprana de la discriminación y la fecha más reciente de discriminación. ¿Cómo se fueron discriminados contra? Describir la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la discriminación alegada. Explicar lo más claramente posible lo que sucedió y por qué crees que su estado de protección (base) era un factor en la discriminación. Incluyen cómo otras personas fueron tratadas diferentemente de usted. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario). | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

| La ley prohíbe intimidación o participaron en la acción, par que han sido represalias contilas circunstancias abajo. Expresanza. (Adjunte páginas | a garantizar los derechos p ra, separar la discriminació licar qué medidas tomaste | rotegidos por estas le n alegada por encima que crees que fue la c | yes. Si usted siente a, por favor explique | | |
|--|--|--|---|--|--|
| N 1 1 1 | 11 11 | | _ | | |
| Nombres de las personas responsables de las acciones discriminatorias: Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) que nos podemos en contacto para que obtener más información apoyar o aclarar su queja: (Adjunte páginas adicionales si es necesario). | | | | | |
| Nombre | Dirección | | Teléfono | | |
| | | | () | | |
| | | | () | | |
| | | | () | | |
| | | | () | | |
| | 1 | | | | |
| Ha presentado, o la intención siguientes organismos? En ca que aplican. □ Departamento de transport □ Administración Federal de □ Administración de tránsito □ Oficina de programas de c □ Comisión de oportunidad □ Departamento de Justicia c □ Otros | te de c Carreteras federal umplimiento de contrato F de igualdad de empleo de l de Estados Unidos | ederalos Estados Unidos | on. Marque todas las | | |

| ¿Han discutido la queja con cualquier representante de MPO de Waco? En caso afirmativo, proporcione el nombre, posición y fecha de discusión. | | | | | |
|---|--------------------------|--|--|--|--|
| proporcione el nomore, posicion y fecha de discusion. | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Explique brevemente qué remedio o acción, usted está buscando para la discriminación alegada. | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| Por favor proporcione cualquier información adicional o fotografías, en su caso, que creen | | | | | |
| voluntad ayudar en una investigación. | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| No podemos aceptar una queja sin firmar. Por favor escriba su nombre, firme y feche el formulario a continuación: | | | | | |
| Tormulario a continuación. | | | | | |
| Nombre del autor | Firma del demandante | | | | |
| | | | | | |
| Fach | | | | | |
| Fecha | | | | | |
| PARA USO DE OFICINA SOLAMENTE | | | | | |
| Fecha queja recibida: | Caso #: | | | | |
| Procesado por: | Fecha que se refiere el: | | | | |
| | | | | | |