

Sistema de Transito Rural del Área de Craven (CARTS)
FORMULARIO DE QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN

Cualquier persona que cree que él/ ella ha sido sujeto a discriminación en base a raza, color, religión, sexo, edad, origen nacional o discapacidad puede someter una queja por escrito con el Sistema de Transito del Área Rural de Craven (CARTS), antes de 180 días después que la discriminación ocurrió.

Apellido:		Nombre:		<input type="checkbox"/> Masculino
				<input type="checkbox"/> Femenino
Dirección de Correo:		Ciudad	Estado	Código Postal
Home Telephone:	Work Telephone:	E-mail Address		

Identifique la Categoría de Discriminación:

- RAZA COLOR ORIGEN NACIONAL EDAD
 RELIGION DISCAPACIDAD SEXO

**NOTA: Las bases para el Título VI son: raza, color, origen nacional. Todas las otras bases se encuentran en la "Garantía de No Discriminación" del FTA Certificaciones y Garantías.*

Identifique la raza del Reclamante

- Negro Blanco Hispano Asiático Americano
 Indio Americano Nativo de Alaska Isleño del Pacifico Otros _____

Fecha y lugar de la acción de discriminación alegada (s). Favor incluya fecha de la primera vez y la fecha de la discriminación mas reciente.

Nombres de los individuos responsable por las acción(es) de discriminación::

Como fue usted discriminado en contra? Describa la naturaleza de la acción, decisiones o condiciones de la discriminación alegada. Explique lo más claro posible que paso y porque usted cree que usted está protegido (base) y que fue un factor en la discriminación. Incluyendo como otras personas fueron tratadas diferentes a usted. **(Agregue página(s) adicionales si es necesario).**

La ley prohíbe intimidación o **represarias** contra alguien porque él/ella ha tomado acción o participo en acciones para asegurar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted se siente que ha sido reprimido en contra de la ley fuera de la discriminación alegada arriba, por favor explique las circunstancias aquí abajo. Explique que acción usted tomo que lo hace creer que fue la causa de las represarias alegadas.

Nombre de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) quienes podamos contactar para información adicional para apoyar o aclarar su queja. (Agregue paginas adicionales, si es necesario)

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

FORMULARIO PLANO DE QUEJA DE DISCRIMINACION

Ha sometido, o intentado someter, una queja con respecto a la cuestión planteada con cualquiera de los siguientes? Si es si, favor diga que día los sometió. Marque todos los que aplican.

- NC Departamento de Transporte _____
- Administración Federal de Transito _____
- Administración Federal de Carreteras _____
- Departamento de Transporte de E.U. _____
- Corte Federal o Estatal _____
- Otros _____

Ha platicado con un representante de CARTS sobre su queja? Si es Si, favor denos el nombre, posición, y la fecha de la plática.

Favor de dar información adicional que usted cree ayudara con una investigación.

Brevemente explique qué remedio o acción usted está buscando por la discriminación alegada.

****NO PODEMOS ACEPTAR UNA QUEJA SIN FIRMA. FAVOR AQUÍ ABAJO FIRME Y PONGA LA FECHA AL FORMULARIO DE QUEJA.**

FIRMA DEL RECLAMANTE

FECHA

MANDE EL FORMULARI DE QUEJA AL:
DEPARTAMENTO DE TRANSPORTE DE CAROLINA DEL NORTE
OFICINA DE OPORTUNIDAD POR IGUAL Y SERVICIOS DE FUERZA DE EMPLEO
SECCION EXTERNA DE SERVICIOS
1511 MAIL SERVICE CENTER
RALEIGH, NC 27699-1511
919-508-1808 o 800-522-0453

SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Fecha que Recibió la Queja: _____

Procesado por:: _____

Caso #: _____

Referido a: NCDOT FTA Fecha Referida: _____

