

Adjunto D - Condado de Cameron Formulario externo de quejas por discriminación del Título VI/ ADA

Este formulario se puede utilizar para presentar una queja ante el condado de Cameron por violaciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 o la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). (Los empleados del condado de Cameron deben utilizar los procedimientos de queja descritos en la política para empleados del condado correspondiente). Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. Si no había forma de que usted se diera cuenta de que el acto fue discriminatorio dentro de los 180 días, tiene 60 días desde el momento en que se dio cuenta para presentar una queja. Envíe el formulario firmado a:

Correo postal: El Condado de Cameron Departamento de Recursos Humanos
Attn: Coordinador de ADA
1100 E. Monroe St, Suite 118
Brownsville, TX 78520

Fax: (956) 550-1373

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

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la oficina del Coordinador de ADA al (956) 544-0827.

Apellido: _____ **Nombre:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Teléfono: _____ **Teléfono Alternativo:** _____

Correo Electronico: _____

Indique el motivo por el que fue discriminado:

Raza _____ País de Origen _____ Otro _____

Color _____ Discapacidad _____

Fecha y lugar de las presuntas actitudes discriminatorias. Incluya la fecha la discriminacion mas antigua y la fecha de la discriminacion mas reciente.

De que forma lo discriminaron? Describa la naturaleza de las actitudes, decisiones o condiciones de la presunta discriminacion. Explique con la mayor claridad posible lo que sucedio y por que cree que su estado de proteccion (base) fue un factor en la discriminacion. Incluya una descripcion de coma se trato a otras personas en comparacion. (Adjunte paginas adicionales, si es necesario).

La ley prohíbe la intimidacion 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, ademas de la discriminacion que informo anteriormente, describa las circunstancias a continuacion. Explique la accion que tomo y que cree que fue la causa de la presunta represalia.

Nombres de las personas responsables de las actitudes discriminatorias:

Nombres de personas (testigos, companeros de trabajo, supervisores u otros) a las que podemos contactar para obtener informacion adicional que respalde o aclare su queja. (Adjunte paginas adicionales, si es necesario).

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

Ha presentado o tiene la intención de presentar una queja sobre el asunto expuesto ante alguno de los siguientes organismos? En caso afirmativo, proporcione 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 (FWHA) | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Administración Federal de Transito (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 algun representante del condado de Cameron? En caso afirmativo, proporcione el nombre, el cargo y la fecha en que hablaron.

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

Proporcione cualquier material informativo o fotografico adicional, si corresponde, que crea que ayudara en una investigación (adjunte paginas adicionales, si es necesario).

Solo para quejas por violaciones a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), proporcione la siguiente información:

Si corresponde, proporcione una descripción y la ubicación exacta de la función no accesible. Proporcione un boceto o una imagen si es útil. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

Proporcione comentarios, sugerencias u otra información que pueda ayudarnos a darle un mejor servicio.

No podemos aceptar una queja sin firmar. Por favor firme y feche el formulario de queja abajo.

Firma del demandante (o del representante autorizado)

Fecha

Persona que prepara la queja (si no es el demandante)

Relacion con el demandante