

Título VI y otro formulario de queja por discriminación

Complete este formulario si cree que ha sufrido discriminación por parte del Departamento de Transporte de Minnesota (MnDOT), sus subreceptores, consultores o contratistas por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, credo, religión, estado civil, orientación sexual, identidad de género, estado con respecto a la asistencia pública o estado de bajos ingresos en violación del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 o leyes relacionadas. La queja debe presentarse a más tardar 180 días calendario después del presunto incidente discriminatorio.

Este formulario está disponible en inglés, español, hmong y somalí. Las solicitudes de idiomas adicionales deben dirigirse al Coordinador del Título VI, cuya información de contacto se encuentra al final de este formulario. Las solicitudes de formatos alternativos deben dirigirse a ADArequest.dot@state.mn.us o por teléfono al 651-366-4718 o TTY 800-627-3529.

Información personal

Fecha de hoy:

Apellido: Primer nombre: Inicial del 2.º nombre:

Correo electrónico: Número de teléfono:

Dirección: Apt ama Guriga:

Ciudad: Estado: Código postal:

Método de contacto preferido: Mejor hora para contactarle:

Base de la discriminación

Creo que fui discriminado debido a mi (marque todo lo que corresponda):

Raza	Color	Origen nacional	Edad	Discapacidad	Credo
Religión	Estado civil	Orientación sexual	Identidad de género	Estado con respecto a la asistencia pública	
Sexo	Estado de bajos ingresos	Otro:			

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia gubernamental?

Si es así, ¿qué agencia?

¿Cuál es el estado de la queja?

Información de agencia o negocio que presuntamente le discriminó

Fecha en que ocurrió la discriminación:

Fecha más reciente de discriminación (si es diferente a la anterior):

Nombre de la agencia/negocio:

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Nombre(s) y puesto(s) de trabajo de la(s) persona(s) que presuntamente le discriminaron:

Cuéntanos lo que sucedió

Explique en detalle qué sucedió, quiénes estuvieron involucrados y cómo usted u otras personas fueron discriminados. Adjunte hojas adicionales si es necesario y proporcione una copia de los materiales escritos relacionados con su queja.

¿Cuál es el resultado deseado?

Explique brevemente cómo le gustaría que se resolviera este asunto.

Verificación

Al firmar esta queja, verifico que, a mi leal saber y entender, todo lo que he declarado en este formulario es correcto y verdadero.

Firma del denunciante:

Fecha:

Devuelva el formulario completo a: Coordinador del Título VI: **Joe Castillo**

Correo electrónico: joseph.castillo@state.mn.us

Teléfono: **612-297-7441**

Fax: **651-366-3129**

**Correo: MnDOT Office of Civil Rights
395 John Ireland Blvd, MS 170
St. Paul, MN 55155**