

Duplin County Public Transportation

DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

Cualquier persona que cree que él o ella han sido sometidos a discriminación basada en raza, color, credo, sexo, edad, nación de origen o discapacidad puede presentar una queja por escrito con el transporte público del Condado de Duplin, dentro de 180 días después de que la discriminación se haya producido.

Apellidos:		Nombre:		☐ Masculino
				☐ Femenino
Dirección de correo:		Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono del hogar:	Teléfono del trabajo:	Correo Electrónico		

Identificar la categoría de discriminación:

- | | | | |
|--|---------------------------------------|---|-------------------------------|
| ☐ RAZA | ☐ COLOR | ☐ NACION DE ORIGEN | ☐ SEXO |
| ☐ RELIGION (RELIGION) | ☐ DISCAPACIDAD | ☐ INGLES LIMITADO | ☐ EDAD |

**NOTE: Title VI bases are race, color, national origin. All other bases are found in the "Nondiscrimination Assurance" of the FTA Certifications & Assurances.*

Identificar la raza del denunciante

- | | | | |
|--|---|--|---|
| ☐ Afro-Americano | ☐ Caucásico | ☐ Hispano | ☐ Asiático-Americano |
| ☐ Indio Americano | ☐ Nativo de Alaska | ☐ Islas Pacificas | ☐ Otro _____ |

Fecha y lugar de la supuesta acción discriminatoria. Por favor incluya la fecha más temprana de la discriminación y la fecha más reciente de discriminación.

Nombres de las personas responsables de las acciones discriminatorias:

¿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 represalia contra cualquier persona porque él o ella han actuado o participaron en la acción, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted siente que han sido represalias contra, separar la discriminación alegada por encima, por favor explique las circunstancias abajo. Explicar qué medidas tomaste que crees que fue la causa de la supuesta venganza.

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: (adjunto páginas adicionales, si es necesario).

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

DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

Ha presentado, o la intención de presentar, una queja sobre el asunto planteado con cualquiera de las siguientes? En caso afirmativo, indique las fechas de presentación. Marque todas las que aplican.

- ☐ NC Department of Transportation _____
- ☐ Federal Transit Administration _____
- ☐ US Department of Transportation _____
- ☐ US Department of Justice _____
- ☐ Federal or State Court _____
- ☐ Other _____

¿Han discutido la queja con cualquier representante del Transporte público del Condado de Duplin? En caso afirmativo, proporcione el nombre, posición y fecha de discusión.

Por favor proporcione cualquier información adicional que usted crea que ayudaría con la investigación.

Explique brevemente cuál remedio o acción, que busca para la discriminación alegada.

**** NO PODEMOS ACEPTAR UNA QUEJA SIN FIRMAR. POR FAVOR FIRME Y FECHE EL FORMULARIO DE QUEJA.**

FIRMA DEL DENUNCIANTE

FECHA

ENVIE POR CORREO A LA DIRECCION:

DUPLIN COUNTY PUBLIC TRANSPORTATION
PO Box 950
KENANSVILLE, NC 28349
ANGEL.VENECIA@DUPLINCOUNTYNC.COM
(910) 296-2333

FOR OFFICE USE ONLY

Date Complaint Received: _____

Processed by: _____

Case #: _____

Referred to: ☐ NCDOT ☐ FTA Date Referred: _____