

**ATTACHMENT F (2) (Spanish version)**

**HARDIN COUNTY**  
**Forma de Queja Capitulo VI Discriminacion**

Este formulario puede ser utilizado para presentar una queja con el Condado de Hardin basado en violaciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. Las quejas deben ser presentadas dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. Si usted no podría razonablemente se espera conocer el acto era discriminatoria dentro de 180 días, tiene 60 días después de ser consciente de presentar una queja. Envíe el formulario firmado a:

Title VI Coordinator  
Melinda Herrington  
300 W Monroe, Room B107  
Kountze, TX 77625  
(409) 246-5164 (phone)  
(409) 246-5139 (fax)

HR@co.hardin.tx.us (email)

If you need assistance completing this form, please call \_\_\_\_\_.

Apellido:		Nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Teléfono Alternativo:		Correo Electrónico:
Indica por favor la(s) base(s) de su queja.:			
<input type="checkbox"/> RaZA _____	<input type="checkbox"/> Edad _____	<input type="checkbox"/> Origen Nacional _____	
<input type="checkbox"/> Color _____	<input type="checkbox"/> Sexo _____	<input type="checkbox"/> Discapacidad _____	
Fecha y lugar de la(s) presunta(s) acción(es) discriminatoria(s). Favor de incluir la primera fecha de la presunta discriminación y la fecha más reciente de la presunta discriminación.			
¿Cómo se discriminó contra usted? Describa la naturaleza de la acción, decisión o las circunstancias de la presunta discriminación. Explique, de la manera mas clara posible, que sucedió y porqué cree usted que su estatus protegido fue un factor en la discriminación. Incluya como otras personas fueron tratadas de distinta manera que usted. (Adjunte hojas adicionales de ser necesario).			

La ley prohíbe intimidación o represalias contra cualquier persona ya sea por tomar acción o por participar en la toma de acción para asegurar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted siente que se han tomado represalias en su contra, aparte de la presunta discriminación mencionada anteriormente, favor de explicar las circunstancias a continuación. Explique la acción que usted tomó que cree sea la causa de la presunta represalia.

Nombre de los individuos responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):

Nombre de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podamos contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja: (Adjunte hojas adicionales de ser necesario).

1. Nombre:	Dirección:	Telephono:
2. Nombre:	Dirección:	Telephono:
3. Nombre:	Dirección:	Telephono:
4. Nombre:	Dirección:	Telephono:

Alguna vez ha presentado, o tiene la intención de presentar, una queja con respecto a esta situación con cualquiera de las organizaciones que se mencionan a continuación? De ser así, favor de proporcionar las fechas en que se presentaron. Marque todas las que apliquen.

- Departamento de Transporte de los EE.UU.
- Administración Federal de Carreteras de los EE.UU.
- Administración de Transporte Federal de los EE.UU.
- Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales de los EE.UU.
- Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EE.UU.
- Tribunal Federal o Estatal de los EE.UU.
- Otros: \_\_\_\_\_

¿Ha hablado sobre la queja con algún representante de TxDOT? De ser así, favor de proporcionar el nombre y puesto de la persona y la fecha en la que tuvo la conversación.

Explique brevemente que remedio, o acción está usted buscando por la presunta discriminación.

Favor de proporcionar cualquier información adicional y/o fotografías, si son pertinentes, que usted crea ayudaran el la investigación.

No podemos aceptar una queja sin firma. Favor de incluir su firma y la fecha a continuación:

**Firma del Demandante:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_

**UNICAMENTE PARA USO OFICIAL**

Fecha de Recibo de Queja:	No. de Caso:
Procesado por:	Fecha Remitida:
Remitida a: <input type="checkbox"/> USDOT <input type="checkbox"/> FHWA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> OFCCP <input type="checkbox"/> EEOC <input type="checkbox"/> OTHER _____	