**GREATER HICKORY**

**METROPOLITAN PLANNING ORGANIZATION (MPO)**

1880 2nd Ave NW, PO Box 9026

# Hickory, NC 28601

[www.wpcog.org](http://www.wpcog.org)

Formato de Quejas por Discriminación

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Apellido: | | Nombre: | | | | | Hombre  Mujer |
| Dirección: | | | | Ciudad | Estado | Código Postal | |
| Teléfono de Casa: | Teléfono de Trabajo: | | Dirección de correo electrónico | | | | |
| Identificar la categoría de la Discriminación:  RAZA  COLOR  ORIGEN NACIONAL  EDAD  DISCAPACIDAD  SEXO/GÉNERO | | | | | | | |
| Identificar la Raza del Demandante  Afro Americano  Blanco  Hispano  Asiático Americano  Indio Americano  Nativo de Alaska  Islas del Pacífico  Otra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| Fecha y lugar de la acción discriminatoria alegada(s). Por favor, incluya la fecha más antigua de la discriminación y la fecha más reciente de la discriminación. | | | | | | | |
| Nombre de las personas responsables de la acción discriminatoria (s): | | | | | | | |
| ¿Cómo fué discriminado? Describir la naturaleza de la acción, decisión, o condiciones de la supuesta discriminación. Explicar lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué usted cree que su condición de protección (fundamento) fué un factor en la discriminación. Incluya de qué manera otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Si es necesario adjunte páginas adicional (es)). | | | | | | | |
| La ley prohíbe la intimidación o **represalias** contra cualquier persona porque él o ella ha tomado medidas, o ha participado activamente, para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted siente que ha sido víctima de represalias, además de la supuesta discriminación, por favor explique las circunstancias a continuación. Explique qué medidas tomó usted que cree que fueron la causa de las supuestas represalias. | | | | | | | |
| Nombre de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores, u otros) que podemos contactar para obtener información adicional y apoyar o aclarar su queja: (Adjuntar pagina(s) adicional(es), si es necesario).  **Nombre Dirección Teléfono**  1.  2.  3.  4. | | | | | | | |

OCR (Rev 10/13)

Formato de Quejas por Discriminación

**Página 2**

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Ha presentado o tiene intenciones de presentar una queja con respecto a cualquiera de las siguientes cuestiones planteadas? En caso afirmativo, indique la fecha de presentación. Marque todas las que aplican.  US Comisión de Igualdad de Oportunidades de empleo  Administración de Carreteras Federales  Administración de Transito Federales  US Departamento de Transporte  NC Departamento de Transporte  Corte Federal o Estatal  Otros | |
| ¿Ha discutido la denuncia con algún representante de NCDOT? En caso afirmativo, indique el nombre, puesto, y fecha de la discusión. | |
| Por favor proporcione cualquier información adicional que considere usted pueda ayudar a una investigación. | |
| Explique brevemente qué remedio, o acción, está usted buscando debido a la supuesta discriminación. | |
| **\*\* NO PODEMOS ACEPTAR QUEJAS SIN FIRMAR. POR FAVOR INCLUYA SU FIRMA Y FECHA EN EL SIGUIENTE FORMATO.** | |
| \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FIRMA DEL SOLICITANTE** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **FECHA** |
| **ENVÍE SU FORMATO DE QUEJA A:**  GREATER HICKORY MPO  1880 2ND AVE NW  HICKORY, NC 28601  O llame  828-485-4248 or 828-485-4280 | |
| ESTA SECCION ES POR LA OFICINA  Date Complaint Received:  Processed by:  Case #:  Referred to: FHWA FTA NCDOT Date Referred: | |

OCR (Rev 10/13)