

SCDOT
Departamento de Transporte de Carolina del Sur
Título VI. Formulario de Quejas

Sección I			
Nombre		Apellido	Genero
Domicilio/Dirección		Ciudad, Estado	Código Postal (Zip Code)
Teléfono (Casa/Celular)		Teléfono (Trabajo)	Correo electrónico (E-mail)
Raza/Etnia del Denunciante			
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispano	<input type="checkbox"/> Asiático
<input type="checkbox"/> Indio Americano	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacifico	<input type="checkbox"/> Otra:
Sección II			
Tipo de Discriminación:			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	
<p>Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y porque considera que fue discriminado/a. Describa lo que sucedió, quien cree usted que fue responsable y como fueron otras personas tratadas de manera diferente. Por favor adjunte hojas adicionales si necesita más espacio. Así mismo, por favor incluya cualquier material escrito u otra información que usted piense puede ser relevante para su queja.</p>			
<p>Fecha y lugar de la discriminación alegada. Por favor incluya la fecha más temprana y la más reciente.</p>			
Sección III			
<p>La ley prohíbe intimidación o represalias en contra de cualquier persona porque ha tomado acción, o ha participado en acciones, para asegurar los derechos protegidos por las leyes. Si considera que ha sido víctima de represalias, aparte de la discriminación presentada en este formulario, por favor explique las circunstancias a continuación. Describa la acción que tomo por la cual cree que fue causa de la supuesta represalia.</p>			

Sección IV

Nombre de la persona o personas responsable(s) por el acto de discriminación.

Nombre(s) de la(s) persona (s) que pueden ser contactadas para obtener información adicional que respalde o aclare su queja. (Adjunte hojas adicionales si es necesario).

	Nombre	Dirección	Teléfono
1			
2			
3			
4			

Sección V

Que acción o acciones han realizado usted o su representante para intentar resolver esta queja?

Ha presentado esta queja con otras entidades? Por favor indique la entidad e incluya la fecha en la que haya presentado su queja, según corresponda:

Agencia	Nombre	Fecha
Agencia Federal		
Tribunal Federal		
Agencia Estatal		
Agencia Local		
Tribunal Estatal		

Sección VI

Por favor proporcione cualquier información adicional que considere útil para investigar este asunto.

Explique brevemente que acción está buscando con esta queja.

Firma del Denunciante	Fecha
------------------------------	--------------

Por favor envíe este formulario a:

South Carolina Department of Transportation
Office of Minority & Small Business Affairs
955 Park Street, Suite 117
Columbia South Carolina 29201-3959

Solo Para Uso Oficial

Date Complaint Received: _____

Referred to: _____ Date Referred: _____