

Nombre del denunciante: _____

Dirección/calle: _____

Ciudad/Estado/Código Postal: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Discriminación debido a: ___ Raza / ___ Color / ___ Nacionalidad

Otros criterios de discriminación (quejas relativas a la FHWA SOLAMENTE):

___ Sexo / ___ Edad / ___ Discapacidad

¿Ha presentado esta queja ante algún organismo federal, estatal o local, o ante el Tribunal Estatal?

Sí ___ No ___

Si contestó que sí, indíquelo aquí: _____

Indique la fecha y el lugar de la presunta discriminación, el nombre de la persona que supuestamente lo discriminó, incluido su cargo (si lo sabe).

Indique los nombres, las direcciones y los números de teléfono de los testigos.

Explique lo más brevemente y claramente posible qué paso, cómo sintió que lo discriminaron y quiénes participaron en el acto. Describa cómo se trató a otras personas de manera diferente a usted.

Firma: _____

Fecha: _____

Usted puede usar más hojas si es necesario. También incluya materiales escritos relativos a su queja.