



# Condado de Burleson

## Formulario externo de quejas por discriminación del Título VI/ADA

Este formulario se puede utilizar para presentar una queja ante el condado de Burleson por violaciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 o la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA). (Los empleados del condado de Burleson deben utilizar los procedimientos de queja descritos en la política para empleados del condado correspondiente). Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. Si no había forma de que usted se diera cuenta de que el acto fue discriminatorio dentro de los 180 días, tiene 60 días desde el momento en que se dio cuenta para presentar una queja. Envíe el formulario firmado a:

**Correo postal:** Burleson County Treasurer's Office  
Attn: Title VI/Nondiscrimination Coordinator and/or ADA Coordinator  
100 West Buck Street Suite# 404  
Caldwell, Texas 77836

**Fax:** (979)567-2305

**Correo Electronico:** [ssmith@burlesoncounty.org](mailto:ssmith@burlesoncounty.org)

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a la oficina del Coordinador del Título VI/No discriminación/Coordinador de ADA al (979)567-2305

**Apellido:** \_\_\_\_\_ **Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad:** \_\_\_\_\_ **Estado:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Teléfono Alternativo:** \_\_\_\_\_

**Correo Electrónico:** \_\_\_\_\_

Indique el motivo por el que fue discriminado:

Raza \_\_\_\_\_  País de origen \_\_\_\_\_  Otro \_\_\_\_\_

Color \_\_\_\_\_  Discapacidad \_\_\_\_\_

Fecha y lugar de las presuntas actitudes discriminatorias. Incluya la fecha la discriminación más antigua y la fecha de la discriminación más reciente.

¿De qué forma lo discriminaron? Describa la naturaleza de las actitudes, decisiones o condiciones de la presunta discriminación. Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y por qué cree que su estado de protección (base) fue un factor en la discriminación. Incluya una descripción de cómo se trató a otras personas en comparación. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

La ley prohíbe la intimidación o las represalias contra cualquier persona por haber tomado medidas o haber participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que ha sufrido represalias, además de la discriminación que informó anteriormente, describa las circunstancias a continuación. Explique la acción que tomó y que cree que fue la causa de la presunta represalia.

Nombres de las personas responsables de las actitudes discriminatorias:

Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a las que podemos contactar para obtener información adicional que respalde o aclare su queja. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

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

¿Ha presentado o tiene la intención de presentar una queja sobre el asunto expuesto ante alguno de los siguientes organismos? En caso afirmativo, proporcione las fechas de presentación. Marque todas las opciones que correspondan.

- Departamento de Transporte de EE. UU. (DOT)                      Fecha de presentación: \_\_\_\_\_
- Administración Federal de Carreteras (FWHA)                      Fecha de presentación: \_\_\_\_\_
- Administración Federal de Tránsito (FTA)                      Fecha de presentación: \_\_\_\_\_
- Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP)                      Fecha de presentación: \_\_\_\_\_
- Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE. UU. (EEOC)                      Fecha de presentación: \_\_\_\_\_
- Departamento de Justicia de EE. UU. (DOJ)                      Fecha de presentación: \_\_\_\_\_
- Otro \_\_\_\_\_                      Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

¿Ha hablado sobre la queja con algún representante del condado de Burleson? En caso afirmativo, proporcione el nombre, el cargo y la fecha en que hablaron.

Explique brevemente qué remedio o acción espera recibir por la presunta discriminación.

Proporcione cualquier material informativo o fotográfico adicional, si corresponde, que crea que ayudará en una investigación (adjunte páginas adicionales, si es necesario).

**Solo para quejas por violaciones a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), proporcione la siguiente información:**

Si corresponde, proporcione una descripción y la ubicación exacta de la función no accesible. Proporcione un boceto o una imagen si es útil. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

Proporcione comentarios, sugerencias u otra información que pueda ayudarnos a darle un mejor servicio.

**No podemos aceptar una queja sin firmar. Por favor firme y feche el formulario de queja abajo.**

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante (o del representante autorizado)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Persona que prepara la queja (si no es el demandante)

\_\_\_\_\_  
Relación con el demandante

**SÓLO PARA USO DE LA OFICINA**

Fecha de recepción de la queja: \_\_\_\_\_

N.º de caso: \_\_\_\_\_

Procesado por: \_\_\_\_\_

Fecha de remisión: \_\_\_\_\_

Remitido a:  USDOT  FHWA  FTA  OFCCP  EEOC  Other \_\_\_\_\_