



Servicios para Personas Mayores del Condado de Davidson

FORMULARIO DE RECLAMOS POR DISCRIMINACIÓN

Cualquier persona que considere haber sido sujeta a un acto discriminatorio con base en su raza, color, sexo, edad, país de origen, discapacidad, nivel de ingresos o limitación para hablar o entender inglés, puede presentar un reclamo por escrito ante los Servicios para Personas Mayores del Condado de Davidson, a más tardar 180 días después de ocurrido el acto discriminatorio.

Apellido:		Nombre:		☐ Hombre
				☐ Mujer
Dirección:		Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono de casa:	Teléfono de trabajo:	Correo electrónico:		

Identifique la categoría del acto discriminatorio:

- ☐ RAZA ☐ COLOR ☐ PAÍS de ORIGEN ☐ LIMITACIONES con el IDIOMA INGLÉS ☐ EDAD
☐ RELIGIÓN ☐ DISCAPACIDAD ☐ SEXO ☐ NIVEL de INGRESOS

NOTA: Las bases del Título VI son la raza, el color y el origen nacional. Todas las demás bases se encuentran en las Garantías de No Discriminación de las Certificaciones y Garantías de la FTA.

Identifique la raza del reclamante

- ☐ Negro ☐ Blanco ☐ Hispano ☐ Asiático
☐ Amerindio ☐ Nativo de Alaska ☐ Isleño del Pacífico ☐ Otro _____

Fecha y lugar del supuesto acto discriminatorio. Favor de incluir dos fechas: la más antigua y la más reciente del acto discriminatorio.

Nombres de los individuos responsables del acto discriminatorio:

¿De qué manera fue usted discriminado? Describa la naturaleza del acto, decisión o condiciones del supuesto acto discriminatorio. Explique de la manera más clara posible qué ocurrió y por qué considera que su condición protegida (fundamento) fue un factor en el acto discriminatorio. Incluya cómo otras personas recibieron un trato diferente al suyo. **(De ser necesario, añada más páginas)**

La ley prohíbe actos de intimidación o **represalias** contra cualquier persona que haya actuado o haya participado en una acción para asegurar se respeten los derechos protegidos por estas leyes. Si usted considera que ha sido víctima de represalias o ha sido aislado del acto discriminatorio mencionado arriba, por favor explique las circunstancias en el espacio de abajo. Explique qué acciones tomó usted las cuales considera fueron la causa de las supuestas represalias. **(De ser necesario, añada más páginas)**

Nombres de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podemos contactar para obtener información adicional que corrobore o clarifique su reclamo: (De ser necesario, añada más páginas)

Nombre

Dirección

Teléfono

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

¿Ha presentado o pretende presentar un reclamo relacionado con este asunto ante alguna de las entidades siguientes? De ser así, favor de proporcionar las fechas en las que presentó su reclamo. Marque todas las que apliquen.

- ☐ Departamento de Transporte de Carolina del Norte _____
- ☐ Administración Federal de Tránsito _____
- ☐ Departamento de Transporte de los Estados Unidos _____
- ☐ Departamento de Justicia de EE.UU. _____
- ☐ Corte federal o estatal _____
- ☐ Otra _____

¿Ha hablado sobre su reclamo con algún representante del DCSS? De ser así, proporcione el nombre, cargo y fecha de la conversación.

Favor de proporcionar cualquier información adicional que usted considere sería útil durante una investigación.

Explique brevemente qué solución o acción espera usted sea tomada como resultado de su reclamo por el supuesto acto discriminatorio.

****NO PODEMOS ACEPTAR RECLAMOS SIN FIRMA. FAVOR DE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO AL CALCE.**

FIRMA DEL RECLAMANTE

FECHA

ENVÍE POR CORREO ESTE FORMULARIO DE RECLAMOS A:

DAVIDSON COUNTY DEPARTMENT of SENIOR SERVICES

DAVIDSON COUNTY GOVERNMENT

555-B WEST CENTER STREET EXTENSION

LEXINGTON, NC 27295

(336) 242-2290

FOR OFFICE USE ONLY / SOLO PARA USO OFICIAL

Date Complaint Received: _____

Processed by: _____

Case #: _____

Referred to: ☐ NCDOT ☐ FTA Date Referred: _____