



Formulario de queja del Título VI

(Rev. 04/20)

Página 1 de 2

Por favor, envíe el formulario completo a:

City of Corpus Christi
Public Works
2525 Hygeia
Corpus Christi, TX 78415
361-826-2319

Apellido: _____ Nombre de pila: _____

Dirección de envío: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono principal: _____ Número de teléfono alternativo: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor, indique el motivo de su queja:

☐ Raza _____ ☐ Nacionalidad _____

☐ Color _____ ☐ Otra categoría _____

Fecha y lugar de la(s) presunta(s) acción(es) discriminatoria(s). Por favor, incluya la fecha más antigua y la más reciente en que ocurrió la discriminación.

¿Cómo fue usted discriminado/a? Describa la naturaleza de la acción, decisión o circunstancias de la presunta discriminación. Explique con la mayor claridad posible lo sucedido y por qué considera que su condición protegida (motivo de discriminación) influyó en la discriminación. Incluya cómo otras personas recibieron un trato diferente al suyo. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

La ley prohíbe la intimidación o las represalias contra cualquier persona por haber emprendido acciones, o haber participado en ellas, para hacer valer los derechos protegidos por estas leyes. Si considera que ha sido objeto de represalias — independientemente de la discriminación alegada anteriormente—, por favor explique las circunstancias a continuación. Detalle qué acción realizó usted que, a su juicio, motivó las presuntas represalias.

Nombres de las personas responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):



Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) con quienes podamos comunicarnos para obtener información adicional que respalde o aclare su queja (*adjunte hojas adicionales si es necesario*):

Nombre	Dirección	Teléfono
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

¿Ha presentado, o tiene intención de presentar, una reclamación sobre el asunto planteado ante alguna de las siguientes entidades? En caso afirmativo, indique las fechas de presentación. Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ U.S. Department of TransportationArchivos de fecha: _____
- ☐ Federal Highway AdministrationArchivos de fecha: _____
- ☐ Federal Transit AdministrationArchivos de fecha: _____
- ☐ Office of Federal Contract Compliance ProgramsArchivos de fecha: _____
- ☐ Texas Department of TransportationArchivos de fecha: _____
- ☐ U.S. Equal Employment Opportunity CommissionArchivos de fecha: _____
- ☐ U.S. Department of JusticeArchivos de fecha: _____
- ☐ Otra: _____Archivos de fecha: _____

¿Ha hablado sobre su queja con algún representante de _____ (Nombre del destinatario) ?

En caso afirmativo, indique el nombre, el cargo y la fecha de la conversación.

Explique brevemente qué reparación o acción solicita por la presunta discriminación.

Por favor, adjunte cualquier información adicional o fotografías, si corresponde, que considere que puedan ayudar en la investigación.

No podemos aceptar quejas sin firmar. Por favor, firme y feche el formulario de queja a continuación.

Firma del reclamante

Fecha