

Formulario de Queja por Discriminación conforme al Derechos Civiles

El Near Northwest Management District (NNMD) está comprometida a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o se le sean negados los beneficios de sus servicios sobre la base de raza, color, origen nacional u discapacidad, conforme a lo dispuesto por el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 y Americans with Disabilities Act (ADA). Las quejas conforme al Derechos Civiles deben ser presentadas dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor póngase en contacto con el Coordinador de Derechos Civiles llamando al 713-895-8021. El formulario completo deberá ser devuelto a la siguiente dirección: Near Northwest Management District, 7603 Antoine Drive, Houston, TX 77088.

Nombre:	Teléfono:
Dirección residencial:	Teléfono Alternativo:
	Ciudad, Estado, y Código Postal:
Persona(s) contra la(s) que se discriminó (si no se trata de la persona que presenta la queja):	
Dirección residencial, Ciudad, Estado, y Código Postal:	

¿Cuál de los siguientes casos describe mejor la razón de la presunta discriminación?

- | | | |
|--|---|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Conocimiento limitado del inglés | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Discapacidad (ADA) | |
| <input type="checkbox"/> Origen nacional | | |

Fecha del incidente: _____

Nombre/ID of individuos involucrados: _____

Identificación del vehículo/Nombre de la ruta: _____

Por favor describa el presunto incidente discriminatorio. Proporcione los nombres y puestos de todos los empleados de NNMD que estuvieron involucrados, si están disponibles. Explique lo que fue lo que sucedió y quién considera que fue responsable. Por favor use el reverso de este formulario si requiere espacio adicional.

¿Ha presentado usted una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local?

(Marque con un círculo) **Si / No**

Si la respuesta es “Si,” indique a continuación la agencia o agencias y la información de contacto:

Agencia: _____ Nombre de contacto: _____
Dirección, Ciudad, Estado, Código _____ Teléfono: _____

Agencia: _____ Nombre de contacto: _____
Dirección, Ciudad, Estado, Código _____ Teléfono: _____

Firma de quien presenta la queja _____ Fecha _____

Imprima el nombre de quien presenta la queja

Date Received:
Review By: