

Formulario de Denuncia por Discriminación del Título VI

Complete este formulario si usted siente que ha sufrido discriminación por parte del Departamento de Transporte de Minnesota (MnDOT), sus sub-receptores, consultores o contratistas sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o estado de ingresos en violación del Título VI de la Ley de 1964 y estatutos relacionados. La queja debe presentarse no más tarde de 180 días después del incidente discriminatorio.

Este formulario está disponible en inglés, español, hmong y somalí. Las solicitudes de formatos alternativos o idiomas adicionales deben ser dirigidas a ADArequest.dot@state.mn.us o por teléfono al 651-366-4718 o 800-627-3529 TTY.

Información personal

Fecha actual:

Apellido:

Nombre:

Inicial:

Correo electrónico:

Número de teléfono:

Dirección:

Apt o unidad:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Método preferido de
contacto:

Mejor hora para contactarle:

Base de la discriminación

Creo que fui discriminado basado en mi (marque todos que aplican):

Raza

Color

Origen nacional

Edad

Discapac
idad

Sexo

Estado de ingresos

Otros:

¿Ha llenado esta denuncia con cualquier otra agencia

gubernamental? De ser así, ¿con qué agencia?

¿Cuál es el estado de la queja?

Información de la Agencia o Negocio que Presuntamente le Discriminó

Fecha en que ocurrió la discriminación:

Fecha más reciente de discriminación (si es diferente a la de arriba) :

Nombre de la
Agencia/Negocio:

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Nombre(s) y título(s) de la(s) persona(s) que presuntamente
discriminaron:

Cuéntenos lo que sucedió

Por favor explique en detalle lo que pasó, que estuvo implicado y cómo usted u otras personas fueron discriminadas. Adjuntar hojas adicionales si es necesario y proporcionar una copia de los materiales escritos relacionados con su queja.

¿Cuál es el resultado deseado?

Explique brevemente cómo desearía que este asunto se resuelva.

Verificación

Al firmar esta denuncia, verifico que, a lo mejor de mi conocimiento, todo lo que he expuesto en este formulario es exacto y verdadero.

Firma del denunciante:

Fecha:

**Devuelva el formulario
completado a:**

Coordinador del **Jonica Carr**
Título VI: **jonica.carr@state.mn.us**
Correo electrónico: **651-366-3322**
Teléfono: **651-366-3129**
Fax:

Correo: **Oficina de Derechos Civiles
de MnDOT 395 John Irlanda
Blvd, MS 170 St. Paul, MN
55155**