

Por favor, envíe el formulario completo a:

Ciudad de Bellaire
7008 South Rice Avenue
Bellaire, TX 77401
Correo electrónico: compliancecoordinator@bellairetx.gov
Teléfono: 713-662-8223

Apellido: _____ Nombre: _____

Dirección Postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono Principal: _____ Número de Teléfono Alternativo: _____

Dirección de Correo Electrónico: _____

Por favor, indique la base de su queja:

Raza _____ Origen Nacional _____
 Color _____ Otra Clase _____

Fecha y lugar de la(s) supuesta(s) acción(es) discriminatoria(s). Incluya la fecha más temprana de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.

¿Cómo fue discriminado? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la supuesta discriminación. Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que su estado protegido (base) fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

La ley prohíbe la intimidación o represalias contra cualquier persona porque haya tomado medidas o participado en medidas para asegurar los derechos protegidos por estas leyes. Si siente que ha sido objeto de represalias, aparte de la discriminación alegada anteriormente, explique las circunstancias a continuación. Explique qué medidas tomó que cree que fueron la causa de la supuesta represalia.

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

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

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

¿Ha presentado, o tiene la intención de presentar, una queja sobre el asunto planteado ante alguno de los siguientes?

Si es así, proporcione las fechas de presentación. Marque todo lo que corresponda.

- | | |
|--|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Departamento de Transporte de EE. UU. | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Administración Federal de Carreteras | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Administración Federal de Tránsito | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Transporte de Texas | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE. UU. | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Justicia de EE. UU. | Fecha de presentación: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | Fecha de presentación: _____ |

¿Ha discutido la queja con algún (Nombre del destinatario) representante?

Si es así, proporcione el nombre, el puesto y la fecha de la discusión.

Explique brevemente qué remedio o acción busca para la supuesta discriminación.

Proporcione cualquier información adicional y/o fotografías, si corresponde, que crea que ayudarán con una investigación.

No podemos aceptar una queja sin firmar. Firme y feche el formulario de queja a continuación.

Firma del demandante

Fecha