



## Hidalgo County Regional Mobility Authority

### Formulario de denuncia de discriminación

Envíe el formulario completo a: **externa del Título VI y la ADA**

HCRMA  
Coordinador del Título VI/ADA  
203 W. Newcombe Ave Pharr,  
TX 78577

Apellido:	Nombre:
-----------	---------

Dirección domiciliar (ciudad, estado, código postal):

  
  
  

Número de teléfono:	Correo Electrónico:
---------------------	---------------------

Método preferido de contacto:  Teléfono  Correo Electrónico  
 Otro (especifique por favor) \_\_\_\_\_

Por favor indique el motivo de su queja.

Raza \_\_\_\_\_  
 Color \_\_\_\_\_  
 Edad \_\_\_\_\_  
 Sexo \_\_\_\_\_  
 Origen Nacional \_\_\_\_\_  
 Impedimento \_\_\_\_\_

Fecha aproximada del presunto acto de discriminación. Indique por favor la primera vez que ocurrió la discriminación y la fecha más reciente de la discriminación.

¿Cómo es que fue discriminado? Por favor describa en sus propias palabras el acto de la presunta discriminación. Relate lo que ocurrió y cómo han tratado a otras personas de manera distinta. Utilice hojas adicionales en caso de ser necesario. Adjunte otros documentos que demuestren lo ocurrido.

La ley prohíbe la intimidación y venganza contra cualquier persona que haya tomado acción o que haya participando en la investigación de una queja de discriminación. Si usted se siente que lo han amenazado, a parte de la discriminación alegada anteriormente, por favor explique las circunstancias abajo. Describa la acción que usted tomó que pudo haber causado esta amenaza.

Por favor escriba el nombre(s) e información de contacto para cualquier persona (testigos, otros empleados, supervisores, u otros) que podamos contactar para obtener información adicional y clarificar o justificar su alegación(es). Utilice las hojas adicionales, en caso de ser necesario.

	Nombre	Dirección domiciliar	Número de teléfono
1)			
2)			
3)			
4)			

¿Qué acciones ha tomado usted o su representante para resolver esta queja? Por favor incluya las fechas de su representación u otras fechas que apliquen a su caso.

Acción:

Fecha:

- |  |       |
|--|-------|
| <input type="checkbox"/> Administración Federal de Carreteras de los EE.UU | _____ |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Transporte de los EE.UU.          | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras Agencias Federales de los EE.UU.            | _____ |
| <input type="checkbox"/> Tribunal Federal de los EE.UU.                    | _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros   | _____ |

Favor de proporcionar cualquier información adicional y/o fotografías que sean pertinentes a la investigación.

Explique que medidas o acciones esta buscando para remediar el presunto acto de discriminación.

No podemos aceptar una queja sin firma. Favor de incluir su firma y la fecha a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha