

SCDOT
Departamento de Transporte de Carolina del Sur
Título VI. Formulario de Quejas

Sección I					
Nombre		Apellido		Genero	
Domicilio/Dirección		Ciudad, Estado		Código Postal (Zip Code)	
Teléfono (Casa/Celular)		Teléfono (Trabajo)		Correo electrónico (E-mail)	
Raza/Etnia del Denunciante					
☐ Negro/Afroamericano		☐ Blanco		☐ Hispano	
☐ Indio Americano		☐ Nativo de Alaska		☐ Asiático	
		☐ Isleño del Pacifico		☐ Otra:	
Sección II					
Tipo de Discriminación:					
☐ Raza		☐ Color		☐ Origen Nacional	
Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y porque considera que fue discriminado/a. Describa lo que sucedió, quien cree usted que fue responsable y como fueron otras personas tratadas de manera diferente. Por favor adjunte hojas adicionales si necesita más espacio. Así mismo, por favor incluya cualquier material escrito u otra información que usted piense puede ser relevante para su queja.					
Fecha y lugar de la discriminación alegada. Por favor incluya la fecha más temprana y la más reciente.					
Sección III					
La ley prohíbe intimidación o represalias en contra de cualquier persona porque ha tomado acción, o ha participado en acciones, para asegurar los derechos protegidos por las leyes. Si considera que ha sido víctima de represalias, aparte de la discriminación presentada en este formulario, por favor explique las circunstancias a continuación. Describa la acción que tomo por la cual cree que fue causa de la supuesta represalia.					

Sección IV			
Nombre de la persona o personas responsable(s) por el acto de discriminación.			
Nombre(s) de la(s) persona (s) que pueden ser contactadas para obtener información adicional que respalde o aclare su queja. (Adjunte hojas adicionales si es necesario).			
	Nombre	Dirección	Teléfono
1			
2			
3			
4			
Sección V			
Que acción o acciones han realizado usted o su representante para intentar resolver esta queja?			
Ha presentado esta queja con otras entidades? Por favor indique la entidad e incluya la fecha en la que haya presentado su queja, según corresponda:			
	Agencia	Nombre	Fecha
	Agencia Federal		
	Tribunal Federal		
	Agencia Estatal		
	Agencia Local		
	Tribunal Estatal		
Sección VI			
Por favor proporcione cualquier información adicional que considere útil para investigar este asunto.			
Explique brevemente que acción está buscando con esta queja.			
Firma del Denunciante		Fecha	
Por favor envíe este formulario a: South Carolina Department of Transportation Office of Title VI Program 955 Park Street Columbia, South Carolina 29201			
Solo Para Uso Oficial			
Date Complaint Received: _____			
Referred to: _____ Date Referred: _____			