

Título VI Formulario de queja por discriminación NEBRASKA

Complete, firme y envíe este formulario a la dirección que aparece en la parte inferior de la página. DEPARTMENT OF TRANSPORTATION

Nombre del denunciante				
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono		Correo electrónico		

Víctima de la discriminación, si es diferente del denunciante				
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono		Correo electrónico		



Tipo de discriminación: Raza/Color Edad Sexo Nación de origen Discapacidad Otra opción

Fecha del incidente

Proporcione la fecha y el lugar de las supuestas acciones discriminatorias, incluidos tanto los incidentes más tempranos como los más recientes.

Proporcione un informe breve y claro del incidente discriminatorio, incluidos los detalles de lo que sucedió, quién estuvo involucrado y cualquier tratamiento diferencial en comparación con otros. También puede incluir materiales de respaldo para su queja. Adjunte cualquier información adicional por escrito o de apoyo que considere relevante para esta queja.

Proporcione los nombres y la información de contacto de las personas, incluidos los testigos u otras personas, con quienes podamos comunicarnos para obtener información adicional para investigar su queja.

Para procesar su queja, asegúrese de que esté firmada y fechada a continuación.		 	
Firma			
Fecha			

SOLO PARA USO DEL OFICINA	
Recibido por	Fecha de recepción

