

## Formulario Externo de Denuncia por Discriminación en Virtud del Título VI

El formulario de denuncia por discriminación del Título VI será utilizado por la ciudad de Burleson para documentar y abordar el cumplimiento relacionado con la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional (idioma) u otras características protegidas en los programas, servicios y actividades de la ciudad. Este formulario garantiza el cumplimiento de las leyes federales y estatales de derechos civiles, incluido el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. **Para obtener más información, incluyendo la comprensión de sus derechos, visite <https://www.burlesontx.com/2866/Title-IV-Non-Discrimination>.**

Una vez completado, devuelva este formulario firmado utilizando uno de los siguientes métodos:

|                                        |                                                                                                            |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Por Correo Postal o en Persona:</b> | Ciudad de Burleson<br>A la atención de: Coordinador del Título VI<br>141 W Renfro St<br>Burleson, TX 76028 |
| <b>Correo Electrónico:</b>             | <a href="mailto:titleVI@burlesontx.com">titleVI@burlesontx.com</a>                                         |
| <b>Fax:</b>                            | (817) 426-0481                                                                                             |

Para obtener ayuda, llame al coordinador del Título VI al (817) 426-9640, TTY: 711 o envíe un correo electrónico a [titleVI@burlesontx.com](mailto:titleVI@burlesontx.com).

### INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE - MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA

|                                  |                     |
|----------------------------------|---------------------|
| Apellidos:                       | Nombre:             |
| Dirección Postal:                |                     |
| Ciudad/Estado/Código Postal:     | Número de Teléfono: |
| Teléfono Alternativo:            |                     |
| Dirección de Correo Electrónico: |                     |

### MOTIVO DE LA QUEJA

Las quejas basadas en los motivos enumerados a continuación se reportarán a TxDOT para su investigación:

Raza ☐ Color ☐ Origen Nacional (idioma) ☐

Si siente que ha sido discriminado por cualquier otra razón, comuníquese con la Ciudad de Burleson al (817) 426-9640, TTY: 711.

Fecha y lugar de la supuesta acción discriminatoria. Incluya la fecha más antigua y la más reciente de la discriminación.

¿Cómo fue discriminado? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la supuesta discriminación. Explique con la mayor claridad posible lo que sucedió y por qué cree que su condición protegida 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 las represalias contra cualquier persona por haber tomado medidas o participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que ha sido objeto de represalias, al margen de la discriminación alegada anteriormente, explique las circunstancias a continuación. Explique qué medidas tomó que, en su opinión, fueron la causa de las presuntas represalias.

## Formulario Externo de Denuncia por Discriminación en Virtud del Título VI

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-----------------|
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             |                 |
| <b>Nombres de las personas responsables de la acción o acciones discriminatorias. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             |                 |
| <b>Nombre</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Dirección postal y/o dirección de correo electrónico</b> | <b>Teléfono</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             | (   )           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             | (   )           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             | (   )           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             | (   )           |
| <b>Nombres de personas (testigos, empleados u otros) con quienes podamos contactar para obtener información adicional que respalde o aclare su queja. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |                 |
| <b>Nombre</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Dirección postal y/o dirección de correo electrónico</b> | <b>Teléfono</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             | (   )           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             | (   )           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             | (   )           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             | (   )           |
| <p>¿Ha presentado o tiene intención de presentar una queja sobre este asunto ante alguno de los siguientes organismos? En caso afirmativo, marque todas las casillas correspondientes e indique las fechas de presentación en el espacio correspondiente:</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Transporte de los Estados Unidos _____</p> <p><input type="checkbox"/> Federal Highway Administration _____</p> <p><input type="checkbox"/> Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales _____</p> <p><input type="checkbox"/> Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE. UU. _____</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Justicia de los Estados Unidos _____</p> <p><input type="checkbox"/> Other _____</p> |                                                             |                 |
| <p>¿Ha hablado de esta queja con algún representante de la ciudad de Burleson? En caso afirmativo, indique el nombre, el cargo y la fecha de la conversación.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |                 |
| <p>Explique brevemente qué solución o medida solicita por la supuesta discriminación.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             |                 |
| <p>Proporcione cualquier información adicional y/o fotografías, si procede, que considere que puedan ayudar en la investigación.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             |                 |
| <b>LA CIUDAD NO PUEDE ACEPTAR DENUNCIAS SIN FIRMAR. ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA, FIRME Y FECHE EL FORMULARIO DE DENUNCIA A CONTINUACIÓN:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |                 |
| Nombre del Reclamante en letra de Imprenta:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             | Fecha:          |
| Firma del Denunciante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             |                 |
| Nombre en letra de imprenta de la persona que presenta la queja (si es diferente del reclamante):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |                 |
| Relación con el reclamante:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                 |

**Para Uso Exclusivo de la Oficina**

## **Formulario Externo de Denuncia por Discriminación en Virtud del Título VI**

Fecha de recepción de la queja: \_\_\_\_\_

Número de caso de: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

Fecha de remisión: \_\_\_\_\_