

Goldsboro-Wayne Transportation Authority
FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACION

Cualquier persona que crea que ha sido objeto de discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, edad, origen nacional o discapacidad puede presentar una queja por escrito ante la Autoridad de Transporte de Goldsboro Wayne dentro de los 180 días posteriores a la discriminación.

Apellido	Nombre	<input type="checkbox"/> Macho
		<input type="checkbox"/> Hembra

Dirección postal	Ciudad	Estado	Código postal
------------------	--------	--------	---------------

Teléfono residencial	Teléfono de trabajo	Dirección de correo electrónico
----------------------	---------------------	---------------------------------

Identificar la categoría de discriminación

<input type="checkbox"/> RAZA	<input type="checkbox"/> COLOR	<input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL	<input type="checkbox"/> EDAD
<input type="checkbox"/> RELIGIÓN	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD	<input type="checkbox"/> SEXO	

Identifique la raza del demandante

<input type="checkbox"/> Negro	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Hispánico	<input type="checkbox"/> Asiático-América
<input type="checkbox"/> Amerindio	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico	<input type="checkbox"/> Otro _____

Fecha y lugar de la presunta acción discriminatoria. Incluya la fecha más temprana de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.

Nombres de las personas responsables de las acciones discriminatorias.

¿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 las represalias contra cualquier persona que haya tomado medidas o haya participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que ha sido objeto de represalias, aparte de la discriminación mencionada anteriormente, explique las circunstancias a continuación. Explique qué acción tomó que cree que fue la causa de la supuesta represalia.

Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) con quienes podemos comunicarnos para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

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