



KENTUCKY TRANSPORTATION CABINET
(GABINETE DE TRANSPORTE DE KENTUCKY)

TC 18-10 Spanish
Rev. 04/2019
Página 1 de 2

Office for Civil Rights and Small Business Development
(Oficina de derechos civiles y desarrollo de pequeñas empresas)

External Discrimination Complaint
(Reclamo externo de discriminación)

Instrucciones: Complete y firme este formulario, y luego envíelo por correo o fax al Gabinete de Transporte de Kentucky.

Dirección:

Gabinete de Transporte de Kentucky
Oficina de derechos civiles y desarrollo
de pequeñas empresas
200 Mero Street 6th Floor West
Frankfort KY 40622

Fax:

Gabinete de Transporte de Kentucky
Oficina de derechos civiles y desarrollo
de pequeñas empresas
Atención: Coordinador de reclamos de discriminación
(502) 564-2114

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

PRIMER NOMBRE	SEG NOM	APELLIDO	TELÉFONO	TELÉFONO ALTERNATIVO	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
DIRECCIÓN POSTAL (calle)			CIUDAD	IIIP DEL ESTADO	

SECCIÓN 2: DETALLES DEL RECLAMO

Indique la base de su reclamo:

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Raza _____ | <input type="checkbox"/> Género _____ | <input type="checkbox"/> Nacionalidad _____ |
| <input type="checkbox"/> Color _____ | <input type="checkbox"/> Discapacidad _____ | <input type="checkbox"/> Inglés limitado (LEP, por sus siglas en inglés) _____ |
| <input type="checkbox"/> Edad _____ | <input type="checkbox"/> Bajos ingresos _____ | |

Indique las fechas y los lugares de las presuntas acciones discriminatorias. Incluya la fecha más temprana y la fecha más reciente de discriminación.

¿De qué manera lo discriminaron? Describa la naturaleza de la acción, la decisión o las condiciones de la presunta discriminación. Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que su condición de protección (base) fue un factor en la discriminación; incluya de qué manera se trato de modo diferente a otras personas. *(Adjunte páginas adicionales si es necesario.)*

La ley prohíbe la intimidación o las represalias contra alguien por haber tomado medidas o haber participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si siente que ha sido víctima de represalias, aparte de la discriminación que se alega anteriormente, explique las circunstancias. Indique la acción que usted tomó y que cree que fue la causa de la supuesta represalia. *(Adjunte páginas adicionales si es necesario.)*

Nombres de los individuos, la agencia o el departamento responsables de las acciones discriminatorias:

	<u>Nombre:</u>	<u>Dirección:</u>	<u>Teléfono:</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____



KENTUCKY TRANSPORTATION CABINET
(GABINETE DE TRANSPORTE DE KENTUCKY)

TC 18-10 Spanish

Rev. 04/2019

Página 2 de 2

Office for Civil Rights and Small Business Development
(Oficina de derechos civiles y desarrollo de pequeñas empresas)

External Discrimination Complaint
(Reclamo externo de discriminación)

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

	<u>Nombre:</u>	<u>Dirección:</u>	<u>Teléfono:</u>
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

¿Se presentaron fotografías con el reclamo? Sí No

SECCIÓN 3: ACCIONES

¿Ha presentado o tiene la intención de presentar un reclamo con respecto al asunto planteado con alguna de las siguientes instituciones? En caso afirmativo, indique las fechas de presentación. *(Marque todo lo que corresponda).*

- Departamento de Transporte de los EE. UU. _____
- Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales _____
- Administración Federal de Carreteras _____
- Comisión de Igualdad de Oportunidades de Empleo de los EE. UU. _____
- Administración Federal de Transporte _____
- Departamento de Justicia de los EE. UU. _____
- Otro _____

¿Ha analizado el reclamo con algún representante del Gabinete de Transporte de Kentucky (KYTC, por sus siglas en inglés)? Sí No

En caso afirmativo, indique el nombre, el puesto y la fecha de la discusión.

Nombre del representante de KYTC	Puesto del representante	Fecha del análisis

¿Tiene usted un abogado para este asunto? Sí No

Si es así, por favor proporcione la información del contrato del abogado

Nombre del estudio de abogados	Nombre del abogado representante
Dirección postal	Teléfono

Explique brevemente qué solución o medida está solicitando para la presunta discriminación.

No podemos aceptar un reclamo sin firmar. Firme y coloque la fecha en el formulario de reclamo a continuación.

Firma del reclamante Fecha

FOR OFFICE USE ONLY (PARA USO INTERNO UNICAMENTE)

Date Complaint Received: _____ Case #: _____

Processed by: _____ Date Referred: _____

Referred to: U.S. DOT FHWA FTA OFCCP Other _____