

DALLAS COUNTY

Title VI Discrimination Complaint Form

This form may be used to file a complaint with the County of Dallas based on violations of Title VI of the Civil Rights Act of 1964. Complaints should be filed within 180 days of the alleged discrimination. If you could not reasonably be expected to know the act was discriminatory within 180 days, you have 60 days after you became aware to file a complaint. Return the signed form to:

Title VI Coordinator
 Dallas County Human Resources
 Renaissance Tower, Floor 23
 1201 Elm St., Ste. 2300-B
 Dallas, Texas 75270
 (214) 653-7638 (phone)
 (214) 751-5716 (fax)

If you need assistance completing this form, please call _____.

LAST NAME:		FIRST NAME:	
MAILING ADDRESS:	CITY:	STATE:	ZIP:
TELEPHONE:	ALTERNATE TELEPHONE:	E-MAIL ADDRESS:	
Please state the basis of your complaint:			
<input type="checkbox"/> Race _____	<input type="checkbox"/> Age _____	<input type="checkbox"/> National Origin _____	
<input type="checkbox"/> Color _____	<input type="checkbox"/> Gender _____	<input type="checkbox"/> Disability _____	
Date and place of alleged discriminatory action (s). Please include the earliest date of discrimination and the most recent date of discrimination.			
How were you discriminated against? Describe the nature of the action, decision, or conditions of the alleged discrimination. Explain as clearly as possible what happened and why you believe your protected status (basis) was a factor in the discrimination. Include how other persons were treated differently from you. (Attach additional pages, if necessary).			

The law prohibits intimidation or retaliation against anyone because he/she has either taken action, or participated in action, to secure rights protected by these laws. If you feel that you have been retaliated against, separate from the discrimination alleged above, and please explain the circumstances below. Explain what action you took which you believe was the cause for the alleged retaliation

Names of individuals responsible for the discriminatory action(s):

Names of persons (witnesses, fellow employees, supervisors, or others) whom we may contact for additional information to support or clarify your complaint: (Attach additional pages, if necessary)

1. Name:	Address:	Telephone:
2. Name:	Address:	Telephone:
3. Name:	Address:	Telephone:
4. Name:	Address:	Telephone:

Have you filed, or intend to file, a complaint regarding the matter raised with any of the following? If yes, please provide the filing dates. Check all that apply.

- U.S. Department of Transportation
- Federal Highway Administration
- Federal Transit Administration
- Office of Federal Contract Compliance Programs
- U.S. Equal Employment Opportunity Commission
- U.S. Department of Justice
- Other: _____

Have you discussed the complaint with any Dallas County representative? If yes, provide the name, position, and date of discussion:

Briefly explain what remedy, or action, you are seeking for the alleged discrimination:

Please provide any additional information and/or photographs, if applicable, that you believe will assist with an investigation.

We cannot accept an unsigned complaint. Please sign and date the complaint form below:

COMPLAINANT'S SIGNATURE: _____ DATE: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Date Complaint Received:	Case No:
Processed by:	Date Referred:
Referred to: <input type="checkbox"/> USDOT <input type="checkbox"/> FHWA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> OFCCP <input type="checkbox"/> EEOC <input type="checkbox"/> OTHER	
<hr/>	

DALLAS COUNTY

Forma de Queja Capitulo VI Discriminacion

Este formulario puede ser utilizado para presentar una queja con el Condado de Dallas basado en violaciones del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964. Las quejas deben ser presentadas dentro de los 180 días de la supuesta discriminación . Si usted no podría razonablemente se espera conocer el acto era discriminatoria dentro de 180 días, tiene 60 días después de ser consciente de presentar una queja . Envíe el formulario firmado a:

Title VI Coordinator
 Dallas County Human Resources
 Renaissance Tower, Floor 23
 1201 Elm St., Ste. 2300-B
 Dallas, Texas 75270
 (214) 653-7638 (phone)
 (214) 653-7608 (fax)

If you need assistance completing this form, please call _____.

Apellido:		Nombre:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono:	Teléfono Alternativo:	Correo Electrónico:	
Indica por favor la(s) base(s) de su queja.:			
<input type="checkbox"/> RaZA _____	<input type="checkbox"/> Edad _____	<input type="checkbox"/> Origen Nacional _____	
<input type="checkbox"/> Color _____	<input type="checkbox"/> Sexo _____	<input type="checkbox"/> Discapacidad _____	
Fecha y lugar de la(s) presunta(s) acción(es) discriminatoria(s). Favor de incluir la primera fecha de la presunta discriminación y la fecha más reciente de la presunta discriminación.			
¿Cómo se discriminó contra usted? Describa la naturaleza de la acción, decisión o las circunstancias de la presunta discriminación. Explique, de la manera mas clara posible, que sucedió y porqué cree usted que su estatus protegido fue un factor en la discriminación. Incluya como otras personas fueron tratadas de distinta manera que usted. (Adjunte hojas adicionales de ser necesario).			

La ley prohíbe intimidación o represalias contra cualquier persona ya sea por tomar acción o por participar en la toma de acción para asegurar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted siente que se han tomado represalias en su contra, aparte de la presunta discriminación mencionada anteriormente, favor de explicar las circunstancias a continuación. Explique la acción que usted tomó que cree sea la causa de la presunta represalia.

Nombre de los individuos responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):

Nombre de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podamos contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja: (Adjunte hojas adicionales de ser necesario).

1. Nombre:	Dirección:	Telephono:
2. Nombre:	Dirección:	Telephono:
3. Nombre:	Dirección:	Telephono:
4. Nombre:	Dirección:	Telephono:

Alguna vez ha presentado, o tiene la intención de presentar, una queja con respecto a esta situación con cualquiera de las organizaciones que se mencionan a continuación? De ser así, favor de proporcionar las fechas en que se presentaron. Marque todas las que apliquen.

- Departamento de Transporte de los EE.UU.
- Administración Federal de Carreteras de los EE.UU.
- Administración de Transporte Federal de los EE.UU.
- Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales de los EE.UU.
- Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EE.UU.
- Tribunal Federal o Estatal de los EE.UU.
- Otros: _____

¿Ha hablado sobre la queja con algún representante de TxDOT? De ser así, favor de proporcionar el nombre y puesto de la persona y la fecha en la que tuvo la conversación.

Explique brevemente que remedio, o acción está usted buscando por la presunta discriminación.

Favor de proporcionar cualquier información adicional y/o fotografías, si son pertinentes, que usted crea ayudaran el la investigación.

No podemos aceptar una queja sin firma. Favor de incluir su firma y la fecha a continuación:

Firma del Demandante: _____ **Fecha:** _____

UNICAMENTE PARA USO OFICIAL

Fecha de Recibo de Queja::	No. de Caso:	
Procesado por:	Fecha Remitida:	
Remitida a: <input type="checkbox"/> USDOT <input type="checkbox"/> FHWA <input type="checkbox"/> FTA <input type="checkbox"/> OFCCP <input type="checkbox"/> EEOC <input type="checkbox"/> OTHER _____		