

## Título VI y otro formulario de queja por discriminación

Complete este formulario si cree que ha sufrido discriminación por parte del Departamento de Transporte de Minnesota (MnDOT), sus subreceptores, consultores o contratistas por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, discapacidad, credo, religión, estado civil, orientación sexual, identidad de género, estado con respecto a la asistencia pública o estado de bajos ingresos en violación del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 o leyes relacionadas. La queja debe presentarse a más tardar 180 días calendario después del presunto incidente discriminatorio.

Este formulario está disponible en inglés, español, hmong y somalí. Las solicitudes de idiomas adicionales deben dirigirse al Coordinador del Título VI, cuya información de contacto se encuentra al final de este formulario. Las solicitudes de formatos alternativos deben dirigirse a ADArequest.dot@state.mn.us o por teléfono al 651-366-4718 o TTY 800-627-3529.

### Información personal

Fecha de hoy:

Apellido: Primer nombre: Inicial del 2.º nombre:

Correo electrónico: Número de teléfono:

Dirección: Apt ama Guriga:

Ciudad: Estado: Código postal:

Método de contacto preferido: Mejor hora para contactarle:

### Base de la discriminación

Creo que fui discriminado debido a mi (marque todo lo que corresponda):

Raza	Color	Origen nacional	Edad	Discapacidad	Credo
Religión	Estado civil	Orientación sexual	Identidad de género	Estado con respecto a la asistencia pública	
Sexo	Estado de bajos ingresos	Otro:			

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia gubernamental?

Si es así, ¿qué agencia?

¿Cuál es el estado de la queja?

### Información de agencia o negocio que presuntamente le discriminó

Fecha en que ocurrió la discriminación:

Fecha más reciente de discriminación (si es diferente a la anterior):

Nombre de la agencia/negocio:

Número de teléfono:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Nombre(s) y puesto(s) de trabajo de la(s) persona(s) que presuntamente le discriminaron:

## Cuéntanos lo que sucedió

*Explique en detalle qué sucedió, quiénes estuvieron involucrados y cómo usted u otras personas fueron discriminados. Adjunte hojas adicionales si es necesario y proporcione una copia de los materiales escritos relacionados con su queja.*

## ¿Cuál es el resultado deseado?

*Explique brevemente cómo le gustaría que se resolviera este asunto.*

## Verificación

*Al firmar esta queja, verifico que, a mi leal saber y entender, todo lo que he declarado en este formulario es correcto y verdadero.*

**Firma del denunciante:**

**Fecha:**

**Devuelva el formulario completo a:** Coordinador del Título VI: **Joe Castillo**

Correo electrónico: [joseph.castillo@state.mn.us](mailto:joseph.castillo@state.mn.us)

Teléfono: **612-297-7441**

Fax: **651-366-3129**

**Correo: MnDOT Office of Civil Rights  
395 John Ireland Blvd, MS 170  
St. Paul, MN 55155**