



New York State
Departamento de Transporte
Formulario de Reclamo de Discriminación

Nombre

Dirección

Ciudad

Código postal

N.º de teléfono

Casa

Trabajo

Celular

Base de reclamo

Raza

Nacionalidad

Color

Edad

Sexo

Invalidez

Tipo de reclamo

Programa

Servicio

Beneficio

Actividad

¿Quién presuntamente te discrimino?

Nombre de la persona

Dirección

Ciudad

Código postal

N.º de teléfono

Si es una organización, ¿cómo se llama?

Nombre de la Organización

Nombre de contacto

Dirección

Ciudad

Código postal

N.º de teléfono

¿Cómo te discriminaron?

¿Dónde ocurrió la supuesta discriminación?

¿Fecha (s) y hora (s) en que ocurrió la discriminación?

Primera vez
Segunda vez
Tercera vez

¿Hubo otros testigos de la discriminación?

Nombre	Título	Teléfono del trabajo	Teléfono de casa

¿Qué puede hacer el Departamento para resolver el reclamo?

--

¿Ha presentado su reclamo ante alguien más? Sí No

Quién	
Cuando	
Número de reclamo, si se conoce	

¿Tienes una abogada en este asunto? Sí No

Nombre del abogado
Dirección
Ciudad
Código postal
N.º de teléfono
¿Cuándo lo adquiriste?

Firma _____ Fecha _____

Envié a: Title VI Coordinator
 Office of Civil Rights
 New York State Department of Transportation
 50 Wolf Road
 Albany, New York 12232 o FAX (518) 485-5517
 Phone (518) 457-1129 Email: OCR-TitleVI@dot.ny.gov