

*Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja.*

**Información de la persona que está poniendo la queja:**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

**Persona a la que se discriminó (si es alguien que no es la persona que está poniendo la queja)**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

**¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?**

Raza \_\_\_\_\_  Nacionalidad (Especifique) \_\_\_\_\_

Color (Especifique) \_\_\_\_\_  Discapacidad (Especifique) \_\_\_\_\_

**¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación?** \_\_\_\_\_

**¿En dónde sucedió la discriminación?** \_\_\_\_\_

**¿Cuál es el nombre y título de la persona(s) que usted siente que cometió la discriminación contra usted (si lo sabe)?** \_\_\_\_\_

**Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja).**

Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.

---

---

---

Si ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal, marque todas las que apliquen.

Agencia Federal     Corte Federal     Agencia Estatal     Corte Estatal     Agencia Local

Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa): \_\_\_\_\_ Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

Por favor firme abajo. Puede incluir cualquier material escrito u otra información que usted crea que es importante para probar su queja.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona que presenta la queja

\_\_\_\_\_  
Fecha

Número de anexos: \_\_\_\_\_

Someta la forma y cualquier información adicional a:

**ADOT Civil Rights Office**  
[CivilRightsOffice@azdot.gov](mailto:CivilRightsOffice@azdot.gov)  
**ATTN: ADA/Title VI Nondiscrimination Program Coordinator**  
**206 S. 17th Avenue, Mail drop 155A**  
**Phoenix, AZ 85007**  
**Phone: 602.712.8946 Fax: 602.239.6257**  
[www.azdot.gov](http://www.azdot.gov)

Por favor presione el botón de "Enviar" cuando haya completado esta forma para que lo envíe por correo electrónico a [civilrightsoffice@azdot.gov](mailto:civilrightsoffice@azdot.gov). Se pueden agregar documentos adicionales a este correo.