



Formulario de Denuncia de Discriminación Externa

Form 2193-S
(Rev. 06/24)
Page 1 of 4

Apellido: _____ Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
Teléfono: _____ Teléfono Alternativo: _____
Correo Electrónico: _____

Indica por favor la(s) base(s) de su queja:

☐ Raza _____ ☐ Edad _____
☐ Color _____ ☐ 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):



Formulario de Denuncia de Discriminación Externa

Form 2193-S
(Rev. 06/24)
Page 2 of 4

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).

	Nombre	Correo Electrónico	Teléfono
1.			
2.			
3.			
4.			

¿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.

--



Formulario de Denuncia de Discriminación Externa

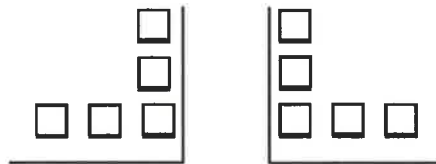
Form 2193-S
(Rev. 06/24)
Page 3 of 4

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

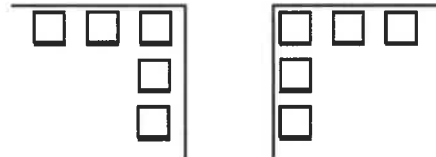
Por favor incluya la siguiente información solo para las Denuncias de Discriminación:

Si es pertinente, favor de incluir una descripción y el local exacto donde no se tiene accesibilidad.

Nombre de la calle: _____



Nombre de la calle: _____



Por favor incluya comentarios, sugerencias y cualquier otra información que nos pueda ayudar en proveerle un mejor servicio..



Formulario de Denuncia de Discriminación Externa

Form 2193-S
(Rev. 06/24)
Page 4 of 4

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

Firma del Demandante

Fecha

Enviar formulario

También puede enviar este formulario por fax a 512-486-5539 o enviar forma firmada al:
Departamento de Transporte del Estado de Texas
Sección de Derechos Civiles
125 E. 11th Street
Austin, TX 78701

FOR OFFICE USE ONLY

Date Complaint Received: _____

Case #: _____

Processed by: _____

Date Referred: _____

Referred to: ☐ USDOT ☐ FHWA ☐ FTA ☐ OFCCP ☐ Other _____