

# PROCEDIMIENTO Y FORMULARIO DE QUEJA DE CAMPO



## Instrucciones:

Cualquier persona que crea que, como miembro de una clase protegida, ha sido discriminada por motivos de raza, color, origen nacional, género, edad, discapacidad, religión, nivel de ingresos bajos o dominio limitado del inglés, en violación del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, en su forma enmendada, y sus estatutos, reglamentos y directivas relacionados, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación Vocacional de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, en su forma enmendada, la Ley de Restauración de Derechos Civiles de 1987, en su forma enmendada, y cualquier otro estatuto federal de no discriminación, puede presentar una queja. Una queja también puede ser presentada por un representante en nombre de dicha persona. Cualquier persona que alegue acoso o intimidación puede presentar una queja siguiendo el procedimiento indicado a continuación.

Estos procedimientos no niegan el derecho de ninguna persona a buscar asesoría legal privada por cualquier queja relacionada con discriminación, ni a presentar una queja formal ante cualquier agencia gubernamental. Las quejas también pueden presentarse ante las siguientes agencias gubernamentales:

Indiana Department of Transportation Economic Opportunity Division 100 N. Senate, Room N750 Indianapolis, IN 46204 Phone: (317) 233-6511 Fax: (317) 233-0891	Indianapolis District EEOC Office 101 West Ohio Street, Suite 1900 Indianapolis, IN 46204 Phone: (800) 669-4000 Fax: (317) 226-7953 TTY: 1 (800) 669-6820	Indiana Civil Rights Commission 100 N. Senate Ave., Room N103 Indianapolis, IN 46204 Toll Free: 1 (800) 628-2909 Phone: (317) 232-2600 Fax: (317) 232-6560 Hearing Impaired: 1 (800) 743-3336
--	--	---

Es política de la Organización de Planificación Metropolitana del Área de Columbus (CAMPO) llevar a cabo una investigación pronta e imparcial de todas las alegaciones de discriminación y tomar medidas correctivas eficaces y oportunas cuando se sustancie una reclamación de discriminación. Dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la queja, CAMPO llevará a cabo una investigación de la alegación basándose en la información proporcionada y emitirá un informe escrito de sus conclusiones a la persona que presentó la queja. CAMPO intentará obtener una resolución voluntaria e informal de todas las quejas al nivel más bajo posible. La identidad de la persona que presenta la queja se mantendrá confidencial, excepto en la medida en que sea necesario para llevar a cabo la investigación. CAMPO tiene prohibido tomar represalias contra cualquier persona por haberse opuesto a una política o práctica ilegal, haber presentado cargos, testificado o participado en cualquier acción de queja bajo el Título VI u otras autoridades de no discriminación.

El propósito de este formulario es ayudar a cualquier persona interesada en presentar una queja de discriminación ante la Organización de Planificación Metropolitana del Área de Columbus (CAMPO). No está obligado/a a utilizar este formulario. Puede escribir una carta con la misma información, firmarla y enviarla a la dirección indicada en el formulario. Todos los campos aplicables deben completarse para que su queja pueda ser investigada. No proporcionar información completa puede perjudicar la investigación de su queja. A solicitud, se proporcionará asistencia si usted es una persona con discapacidad o tiene dominio limitado del inglés. Las quejas también pueden presentarse en formatos alternativos, como disco de computadora, cinta de audio o Braille. Si es necesario, el personal de CAMPO ayudará a una persona a redactar su queja por escrito para su firma. **Tenga en cuenta que su queja no puede ser procesada sin su firma.** Por favor, haga una copia del formulario de queja para sus registros personales, ya que no le será devuelto. Envíe el formulario de queja original junto con cualquier copia de documentos o registros relevantes para su queja a la dirección indicada en el formulario.

**Las quejas de discriminación deben presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha del presunto acto discriminatorio. Si el presunto acto de discriminación ocurrió hace más de 180 días, explique el motivo de su demora en presentar esta queja.**

# Formulario de Queja del Título VI de la Organización de Planificación Metropolitana del Área de Columbus (CAMPO)



*Para ser completado por el/la Coordinador/a del Título VI:*

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Número de caso: \_\_\_\_\_ Fecha de resolución: \_\_\_\_\_

## 1. Información de contacto de la persona que presenta la queja:

Nombre (nombre, segundo nombre y apellido)	
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)	
Número de teléfono	Correo electrónico

## 2. Persona o agencia que usted cree que discriminó en su contra:

Nombre y cargo												
Nombre de la empresa												
Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)												
Número de teléfono												
Fecha del último acto discriminatorio (mes, día, año)												
Las quejas de discriminación deben presentarse dentro de los 180 días. Si el presunto acto de discriminación ocurrió hace más de 180 días, explique el motivo de su demora en presentar esta queja.												
<b>3. La presunta discriminación se basó en:</b> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Raza</td><td><input type="checkbox"/> Identidad de género</td><td><input type="checkbox"/> Religión</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Color</td><td><input type="checkbox"/> Orientación sexual</td><td><input type="checkbox"/> Nivel de ingresos</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Origen nacional</td><td><input type="checkbox"/> Edad</td><td><input type="checkbox"/> Represalia</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés</td><td><input type="checkbox"/> Discapacidad</td><td></td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Identidad de género	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Nivel de ingresos	<input type="checkbox"/> Origen nacional	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Represalia	<input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés	<input type="checkbox"/> Discapacidad	
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Identidad de género	<input type="checkbox"/> Religión										
<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Nivel de ingresos										
<input type="checkbox"/> Origen nacional	<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Represalia										
<input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés	<input type="checkbox"/> Discapacidad											

Continúa en la página siguiente

**4. Por favor, describa el presunto acto discriminatorio. Use páginas adicionales si es necesario.**

**5. Proporcione los nombres de cualquier persona que tenga información adicional relacionada con su queja.**

Nombre del Testigo 1 (nombre, segundo nombre, apellido)

Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Incluya una breve descripción de la información relevante que el testigo pueda proporcionar para apoyar su queja de discriminación.

Nombre del Testigo 2 (nombre, segundo nombre, apellido)

Dirección (número y calle, ciudad, estado y código postal)

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Incluya una breve descripción de la información relevante que el testigo pueda proporcionar para apoyar su queja de discriminación.

*Continúa en la página siguiente*

**6. ¿Cómo le gustaría que se resolviera su queja?**

**7. Si ha presentado una queja por la misma discriminación ante otra agencia (local, estatal o federal), proporcione la siguiente información para cada agencia.**

Nombre de la agencia	Fecha en que se presentó la queja
Número de caso asignado a su queja	Estado actual de su queja

**8. ¿Cómo se enteró de su derecho a presentar una queja de discriminación ante CAMPO?**

**9. Su firma y la fecha en que firmó este formulario son obligatorias a continuación.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**10. Por favor, haga una copia del formulario de queja para sus registros personales, ya que no le será devuelto. Envíe el formulario de queja original junto con cualquier copia de documentos o registros relevantes para su queja.**

**Envíe el formulario completado por correo a:**  
CAMPO Title VI Coordinator  
Columbus City Hall, 123 Washington Street  
Columbus, IN 47201

**Preguntas :**  
*Número de teléfono:* 812-376-2550  
*Dirección de correo electrónico:*  
planning@columbus.in.gov