



FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Nombre			Teléfono		Nombre de la (s) persona (s) que lo discriminaron		
Domicilio (número de calle, P.O. Box, etc.)				Ubicación		Cargo de la persona (si se conoce)	
Ciudad		Estado	Código postal	Ciudad		Estado	Código postal
Número de licencia de conducir o identificación estatal (si corresponde)				Fecha (s) del supuesto incidente (s)			
Discriminación por: ☐ Raza/color* ☐ Sexo ☐ Discapacidad** ☐ Edad ☐ Origen nacional* ☐ Represalias ☐ Religión							
Explique de la manera más breve y clara posible lo que ocurrió y cómo fue víctima de discriminación. Indique quién estuvo involucrado. Incluya cómo se trató de manera diferente a otras personas en comparación con usted. Adjunte también cualquier material escrito relacionado con su caso.							
Firma				Fecha			
Envíe este formulario a la siguiente dirección:							
Departamento de Transporte de Pensilvania Oficina de fuerza laboral y oportunidades empresariales P.O. Box 3251 Harrisburg, PA 17105-3251 Teléfono: (717) 787-5891 Correo electrónico: penndoteoreports@pa.gov				Para obtener más información y vías adicionales para presentar una queja, visite: https://www.pa.gov/services/penndot/file-a-title-vi-discrimination-complaint-against-penndot.html			
							