

Please submit this form in person at the address below or mail this form to:

State of Florida Department of Transportation		275-010-10
Title VI / Nondiscrimination Program		EQUAL OPPORTUNITY OFFICE
Complaint of Discrimination		03-07
Complainant(s) Name:		Complainant(s) Address:
Complainant(s) Phone Number:		
Complainant's Representative's Name, Address, Phone Number and Relationship (e.g. friend, attorney, parent, etc):		
Name and Address of Agency, Institution, or Department Whom You Allege Discriminated Against You:		
Names of the Individual(s) Whom You Allege Discriminated Against You (If Known):		
Discrimination Because Of:	<input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> National Origin <input type="checkbox"/> Sex <input type="checkbox"/> Age <input type="checkbox"/> Handicap/Disability <input type="checkbox"/> Income Status <input type="checkbox"/> Retaliation <input type="checkbox"/> Other	Date of Alleged Discrimination:
Please list the name(s) and phone number(s) of any person, if known, that the Florida Department of Transportation could contact for additional information to support or clarify your allegation(s).		
Please explain as clearly as possible how , why , when and where you believe you were discriminated against. Include as much background information as possible about the alleged acts of discrimination. Additional pages may be attached if needed.		
Complainant(s) or Complainant(s) Representatives Signature:		Date of Signature:

Ramona White, HR Director, 12000 Biscayne Blvd, Suite 303, North Miami, FL 33181

Entregue este formulario en persona a la dirección que figura a continuación, o envíe este formulario por correo a:

State of Florida Department of Transportation		275-010-10S
Title VI / Programa Antidiscriminatorio		EQUAL OPPORTUNITY OFFICE
Querrela de Discriminacion		04/11
Nombre del querellante:	Dirección:	
Número de teléfono:		
Nombre, dirección, teléfono y relación (ej. amigo, abogado, pariente, etc.) del Representante del querellante:		
Nombre y dirección de la Agencia, Institución, o Departamento que usted alega discrimino en su contra:		
Nombre(s) del Individuo(s) Quien(es) Usted Alega Discrimino (naron) Contra Usted Si lo(s) Conoce:		
Razón de la discriminación:	<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Incapacidad/Impedimento Físico <input type="checkbox"/> Status de Ingreso <input type="checkbox"/> Represalia <input type="checkbox"/> Otro	Fecha de la alegada discriminación.
Favor de indicar el nombre (s) y número(s) de teléfono(s) de alguna persona(s) que el Departamento de Transporte puede comunicarse para información adicional que clarifique o respalde su alegación o alegaciones.		
Favor de explicar tan claro como sea posible, como, porque, cuando y donde usted cree que fue discriminado. Incluya suficiente información acerca de los antecedentes según le sea posible, de los alegados actos de discrimen. Puede añadir paginas adicionales, si es necesario.		
Firma del Querellante(s) o su Representante:	Fecha:	

Ramona White, Directora de Recursos Humanos, 12000 Biscayne Blvd, Suite 303, North Miami, FL 33181

Tanpri ale pote fòm lan an pèsòn nan adrès ki anba a, oswa poste fòm lan bay:

Florida Department of Transportation Title VI Lwa: Plent Kont Diskriminasyon		275-010-10H Equal Opportunity Office 09/11		
Non Moun Ki Pote Plent La:	Adrès Moun Ki Pote Plent La:			
Nimewo Telefòn Moun Ki Pote Plent La:				
Non, Adrès, Nimewo telefòn Reprizantan Moun Ki Pote Plent la ak Lien (setadi: zanmi, Avoka, Paran..etc):				
Non ak Adrès Ajans, Institisyon, ou Depatman ou Kwè ki fè Diskriminasyon Kont ou:				
Non Mounou Kwè Ki Diskriminen Kont ou (Si-w Konnen yo):				
Rezon Diskriminasyon an	<input type="checkbox"/> Ras ou <input type="checkbox"/> Seks ou: <input type="checkbox"/> Stati Revni-w	<input type="checkbox"/> Koule-w <input type="checkbox"/> Laj ou <input type="checkbox"/> revanj	<input type="checkbox"/> Origin nasyonal <input type="checkbox"/> Andikap/dezabilite <input type="checkbox"/> Lòt ankò:	Dat Diskriminasyon an te fèt:
Silvouplè, bay non ak nimewo telefòn ninpòt moun ke Depatmant Transpòtasyon Florida kap kontakte pou plis infòmasyon pou sipòte ou klarifye plènt ou (a)/plent ou yo:				
Silvouplè, eksplike klèman kijan, poukisa , ki lè, ak ki kote ou kwè ke diskriminasyon te fèt kont ou. Bay tout infòmasyon konplèt de tout aksyon diskriminasyon sa yo. Ajoute paj anplis si nesesè:				
Siyati Moun Ki Pote Plent La ou Reprizantan Li:			Dat Siyati:	