



Please submit completed form to:

Title VI Coordinator:
Cindy Garcia
Jim Wells County Auditor
PO Box 3620
Alice, Texas 78333
Email: cindy.garcia@co.jim-wells.tx.us

Last Name: _____ First Name: _____
Mailing Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____
Main Phone Number: _____ Alternative Phone Number: _____
Email Address: _____

Please indicate the basis of your complaint:

☐ Race _____ ☐ National Origin _____
☐ Color _____ ☐ Other Class _____

Date and place of alleged discriminatory action(s). Please include the earliest date of discrimination and the most recent date of discrimination.

How were you discriminated against? Describe the nature of the action, decision, or conditions of the alleged discrimination. Explain as clearly as possible what happened and why you believe your protected status (basis) was a factor in the discrimination. Include how other persons were treated differently from you. (Attach additional pages, if necessary).

The law prohibits intimidation or retaliation against anyone because he/she has either taken action, or participated in action, to secure rights protected by these laws. If you feel that you have been retaliated against, separate from the discrimination alleged above, please explain the circumstances below. Explain what action you took which you believe was the cause for the alleged retaliation.

Names of individuals responsible for the discriminatory action(s):

Names of persons (witnesses, fellow employees, supervisors, or others) whom we may contact for additional information to support or clarify your complaint (*attach additional pages, if necessary*):

	Name	Address	Telephone
1.			
2.			
3.			
4.			

Have you filed, or intend to file, a complaint regarding the matter raised with any of the following?

If yes, please provide the filing dates. Check all that apply.

☐ U.S. Department of Transportation	Date Filed: _____
☐ Federal Highway Administration	Date Filed: _____
☐ Federal Transit Administration	Date Filed: _____
☐ Office of Federal Contract Compliance Programs	Date Filed: _____
☐ Texas Department of Transportation	Date Filed: _____
☐ U.S. Equal Employment Opportunity Commission	Date Filed: _____
☐ U.S. Department of Justice	Date Filed: _____
☐ Other: _____	Date Filed: _____

Have you discussed the complaint with any Jim Wells County, Texas representative? _____

If yes, provide the name, position, and date of discussion.

--

Briefly explain what remedy, or action, you are seeking for the alleged discrimination.

--

Please provide any additional information and/or photographs, if applicable, that you believe will assist with an investigation.

--

We cannot accept an unsigned complaint. Please sign and date the complaint form below.

Complainant's Signature _____

Date _____

**Por favor entregar terminada forma a:**

Title VI Coordinator:

Cindy Garcia

Jim Wells County Auditor

PO Box 3620

Alice, Texas 78333

Email: cindy.garcia@co.jim-wells.tx.us

Último Nombre: _____

Primero Nombre: _____

Envío DIRECCIÓN: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal Código: _____

Número de teléfono principal: _____ Alternativo Teléfono Número: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Por favor indicar el base de su queja:

☐ Carrera _____ ☐ Origen nacional _____☐ Color _____ ☐ Otra clase _____

Fecha y lugar de presunto discriminatorio comportamiento). Por favor incluir el más temprano fecha de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.

Cómo ¿Eras tú? discriminado ¿contra? Describir el naturaleza de el acción, decisión, o condiciones de el supuesto Discriminación. Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que su estatus de protección (base) influyó en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).

La ley prohíbe la intimidación o represalia contra cualquier persona que haya tomado medidas o participado en una acción para asegurar derechos protegido por estas leyes. Si Tú sientes eso tú tener estado tomó represalias contra, separado de la discriminación En relación con lo anterior, explique las circunstancias a continuación. Explique qué acción tomó que, según su opinión, causó la presunta represalia.

Nombres de individuos responsable para el discriminatorio comportamiento):

Nombres de personas (testigos, compañero empleados, supervisores, o otros) a quien nosotros puede contacto para adicional información Para respaldar o aclarar su queja (*adjunte páginas adicionales, si es necesario*) :

	Name	Address	Telephone
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

Tener tú archivado, o pretender a archivo, a queja acerca de el asunto aumentó con cualquier de el ¿Siguiente? En caso

afirmativo, indique las fechas de presentación. Marque todas las que correspondan.

- | | |
|--|------------------------|
| ☐ A NOSOTROS Departamento de transporte | Fecha Archivado: _____ |
| ☐ Administración Federal de Carreteras | Fecha Archivado: _____ |
| ☐ Administración Federal de Tránsito | Fecha Archivado: _____ |
| ☐ Oficina de Programas de Cumplimiento de Contratos Federales | Fecha Archivado: _____ |
| ☐ Departamento de Transporte de Texas | Fecha Archivado: _____ |
| ☐ A NOSOTROS Igual Empleo Oportunidad de la Comisión | Fecha Archivado: _____ |
| ☐ A NOSOTROS Departamento de la Justicia | Fecha Archivado: _____ |
| ☐ Otro: _____ | Fecha Archivado: _____ |

Tener tú discutido el queja con cualquier Jim Wells County, Texas ¿representante? _____

Si Sí, proporcionar el nombre, posición, y fecha de discusión.

Brevemente explicar qué recurso, o acción, tú son buscando para el presunto discriminación.

Por favor proporcionar cualquier adicional información y/o fotografías, si aplicable, eso tú creer voluntad asistir con un investigación.

Nosotros no puedo aceptar un no firmado queja. Por favor firmar y fecha el queja forma abajo.

Del demandante

Fecha de la firma