

# BARREN RIVER



**AREA DEVELOPMENT DISTRICT**

177 GRAHAM AVENUE  
 BOWLING GREEN, KY 42101  
 P: 270-781-2381  
 P: 270-842-0768  
 www.bradd.org

DISTRITO DE DESARROLLO DEL ÁREA DEL RÍO ESTÉRIL FORMULARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN			
Instrucciones: Complete y firme este formulario y envíelo por correo, fax o entrega al Distrito de Desarrollo del Área del Río Estéril Dirección: Fax: BRADD:177 Graham Avenue Bowling Green, KY 42101 A la atención de: Coordinador del Título VI			
		BRADD:177 Graham Avenue Bowling Green, KY 42101 (270) 842-0768	
SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE LA QUEJA			
NOMBRE	Me	APELLIDO	
TELÉFONO		TELÉFONO ALTERNATIVO	
DIRECCIÓN POSTAL ( <i>calle</i> )		CIUDAD	ESTADO .ZIP
SECCIÓN 2: DETALLES DE LA QUEJA			
Por favor, indique la base de sus quejas: Race _____ Género _____ Origen Nacional _____ Disability _____ Bajo Income _____ Age _____ Dominio limitado del inglés (LEP) _____			
Sírvanse indicar la fecha y los lugares de la(s) presunta(s) medida(s) discriminatoria(s). Sírvanse incluir la fecha más temprana de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.			
¿Cómo te discriminaron? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que su estado de protección fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a. <b>Adjunte páginas adicionales si es necesario.</b>			
La ley prohíbe la intimidación o las represalias contra cualquier persona porque haya tomado medidas o participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que ha sido objeto de represalias, aparte de la discriminación alegada anteriormente, explique las circunstancias. Describa qué acción tomó fue la causa de la presunta represalia. <b>Adjunte como páginas adicionales si es necesario.</b>			

## BRADD MISSION STATEMENT

*To preserve and advance the quality of life and economic well-being for the citizens of the BRADD through regional collaboration.*

# BARREN RIVER



## AREA DEVELOPMENT DISTRICT

177 GRAHAM AVENUE  
 BOWLING GREEN, KY 42101  
 P: 270-781-2381  
 P: 270-842-0768  
 www.bradd.org

<p>Nombres de las personas, agencias o departamentos responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):</p> <p><b>Nombre: Dirección: Teléfono:</b></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p>		
<p>Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo u otras personas) que se comunican para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja: <b>Adjunte páginas adicionales si es necesario.</b></p> <p><b>Nombre: Dirección: Teléfono:</b></p> <p>1. _____</p> <p>2. _____</p> <p>3. _____</p> <p>4. _____</p>		
<p><b>SECCIÓN 3: ACCIONES</b></p>		
<p>¿Ha presentado o tiene la intención de presentar una queja con respecto al asunto planteado con cualquiera de los siguientes? En caso afirmativo, sírvase indicar la fecha de presentación. <b>(Marque todo lo que corresponda)</b></p> <p>Oficina de Cumplimiento de Contratos Federales del Departamento de Transportation _____ de los Estado Programs _____ s Unidos</p> <p>Federal Highway Administration _____ Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los Estados Unidos _____</p> <p>Federal Transit Administration _____ Departamento de Justicia de los Estados Unidos _____</p> <p>Otra cosa _____</p>		
<p>¿Ha discutido esta queja con algún otro representante de BRADD? Yes ___ No ___</p> <p>En caso afirmativo, proporcione el nombre, la posición y la fecha de la discusión.</p>		
<p><b>Nombre del Representante de BRADD</b></p>	<p><b>Cargo de Representante</b></p>	<p><b>Fecha de la discusión</b></p>
<p>¿Tiene un abogado con respecto a este asunto? Yes ___ No ___</p>		

### BRADD MISSION STATEMENT

*To preserve and advance the quality of life and economic well-being for the citizens of the BRADD through regional collaboration.*

# BARREN RIVER



**AREA DEVELOPMENT DISTRICT**

177 GRAHAM AVENUE  
BOWLING GREEN, KY 42101  
P: 270-781-2381  
P: 270-842-0768  
www.bradd.org

En caso afirmativo, proporcione la información de contacto del abogado.	
Nombre del bufete de abogados	Nombre del Abogado Representante
Dirección postal	Teléfono
Explique brevemente qué remedio o acción está buscando para la presunta discriminación.	
<b>No podemos aceptar una queja sin firmar. Por favor, firme y fecha a continuación.</b>	
_____	
<b>Fecha de firma de la queja</b>	
SOLO PARA USO EN LA OFICINA	
Fecha de recepción de la queja: _____	
Procesado por: _____	
Referido a U.S DOT ___ FHWA ___ FTA ___ OFCCP ___ U.S. EEOC ___ Other _____	

## BRADD MISSION STATEMENT

*To preserve and advance the quality of life and economic well-being for the citizens of the BRADD through regional collaboration.*