

Formulario de quejas por discriminación de no empleado del NMED

Página 1 de 3



New Mexico Environment Department
(Departamento del Medio Ambiente de Nuevo México)
Non-Discrimination Coordinator
(Coordinador de No Discriminación)
Harold Runnels Building
1190 Saint Francis Drive, PO Box 5469
Santa Fe, NM 87502-5469

Antes de que el Departamento del Medio Ambiente de Nuevo México (“NMED”, por su sigla en inglés) proceda con una revisión, todas las quejas relativas a discriminación ilegal alegada se documentarán por escrito en este formulario de quejas. El formulario completo debe estar firmado o autorizado por correo electrónico por el reclamante o el representante autorizado de esa persona. El NMED debe recibir el formulario firmado o autorizado dentro de los noventa (90) días calendario posteriores a la fecha en que haya ocurrido el acto de discriminación ilegal alegada.

Si usted no puede presentar una queja escrita, se pueden hacer los arreglos necesarios para que un empleado del NMED le ayude a volcar la queja verbal en el formulario de quejas por escrito. Para presentar una queja verbal, llame a la oficina central del NMED: 505-827-2855.

El formulario lleno y firmado debe enviarse al Coordinador de No Discriminación del NMED, ya sea por correo postal de los Estados Unidos a la dirección antes indicada o bien como copia autorizada (firmada electrónicamente) por correo electrónico a: nd.coordinator@state.nm.us

Dentro de los quince (15) días laborales posteriores a la fecha en que el coordinador reciba la queja firmada, el NMED notificará al reclamante por escrito sobre su determinación acerca de si el NMED tiene jurisdicción o autoridad para investigar la queja y si el NMED encuentra que existe fundamento en las alegaciones para investigar la queja. Dentro de los 180 días posteriores a la aceptación del NMED para investigar una queja, el Secretario del Medio Ambiente emitirá una decisión por escrito que apruebe o desapruebe, en su totalidad o en parte, las recomendaciones del informe investigativo de determinación de hechos, a menos que se determine que se necesita tiempo adicional debido a la complejidad de la queja. Si se determinara la necesidad de tiempo adicional para emitir la decisión escrita, se comunicará por escrito al reclamante el número especificado de días que se prolongará la evaluación de la queja. Se proporcionará la decisión escrita al reclamante.

1) Fecha en que ocurriera el acto de discriminación ilegal alegado:

_____/_____/_____
Mes Día Año

Formulario de quejas por discriminación de no empleado del NMED

2) Información de contacto del reclamante:

Nombre

Apellido

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

3) ¿Tiene representante el reclamante? Marque con un círculo: Sí o No. Si responde Sí, proporcione a continuación la información de contacto del representante:

Nombre

Apellido

Dirección

Ciudad, Estado y Código Postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

4) Identifique la clasificación protegida en la que se basa la contravención alegada:

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Edad |
| <input type="checkbox"/> Origen nacional (incluido el dominio limitado del inglés) | <input type="checkbox"/> Género |
| | <input type="checkbox"/> Represalias |

5) Proporcione una descripción específica y detallada de la/s decisión/decisiones o de la/s acción/acciones, incluida la fecha (o el intervalo de fechas), que se alega ha/n constituido discriminación ilegal en contravención de 40 C.F.R. Partes 5 y 7; el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, como fuera enmendado; la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, como fuera enmendada; la Ley de Discriminación por Edad de 1975, como fuera enmendada; o la Sección 13 de las Enmiendas a la Ley Federal de Control de la Contaminación del Agua de 1972, Ley Pública 92-500. Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

Formulario de quejas por discriminación de no empleado del NMED

6) Describa el daño que se alega ha ocurrido o que ocurrirá debido a la alegada discriminación:

7) Identifique a las partes que se alega fueron sometidas a la discriminación alegada o que potencialmente estarían afectadas por la misma:

8) Firma del reclamante (o del representante) y fecha:

Firma

Fecha

<i>For NMED Use Only / Para uso del NMED solamente</i>		
<i>Date Complaint Received by NMED</i> Fecha en que el NMED recibió la queja	_____ / _____ / _____ <i>Month/Mes Day/Día Year/Año</i>	Check / Marcar <input checked="" type="checkbox"/> Form ONLY/ SOLO formulario <input type="checkbox"/> Additional Pages/ Páginas adicionales <input type="checkbox"/> Verbal <input type="checkbox"/>
<i>Date of Alleged Unlawful Discrimination</i> Fecha de la discriminación ilegal alegada	_____ / _____ / _____ <i>Month/Mes Day/Día Year/Año</i>	
<i>Notification Letter Date</i> Fecha de la carta de notificación	_____ / _____ / _____ <i>Month/Mes Day/Día Year/Año</i>	Check / Marcar <input checked="" type="checkbox"/> Decline Rechazar <input type="checkbox"/> Accept Aceptar <input type="checkbox"/> Requires More Information Requiere más información <input type="checkbox"/>