Departamento de vehículos motorizados de Carolina del Sur

FORMULARIO DE QUEJAS DEL CLIENTE – TÍTULO VI

El propósito de este formulario es presentar una queja de discriminación. **Si presenta una queja en contra de una concesionaria de vehículos, por favor: complete el formulario DE-002C: Formulario de quejas del cliente de la Unidad de Auditoría y Licencia para Concesionarias. Si presenta una queja general, por favor: complete el formulario AD- 800E: Formulario de quejas del cliente.** Se recomienda a los clientes que usen este formulario **(AD-809E-inglés, AD-809S-español) para presentar quejas de discriminación con el Departamento de vehículos motorizados de Carolina del Sur (SCDMV).** En respuesta a dichas quejas, el SCDMV va a proseguir medidas administrativas y/o referir las quejas a las respectivas agencias para seguimiento o acciones de aplicación de la ley, en cumplimiento con las leyes estatales y federales.

El SCDMV está comprometido con cumplir con las Partes 21 y 303 del Código de Regulación Federal 49 (CFR), y por tal razón afirma que ninguna persona, por causa de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, or discapacidad, según lo contemplado por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, CFR 49 Parte 21 (titulado No Discriminación en Programas con Asistencia Federal del Departamento de Transporte – Efectuación del Título VI de la ley de los Derechos Civiles) y el CFR 49 Parte 303 (Título del FMCSA VI/Regulación de No Discriminación), Ley de Restauración Civil de 1987 (PL 100.259), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, sea excluida de participación, le sean denegados beneficios, o bien de otra manera esté sujeta a discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia federal.

Envíe este formulario completo vía fax, correo electrónico o por correo, junto con cualquier otro documento que pueda ayudarnos en la investigación. Tenga en cuenta que, si usted no puede presentarlo por escrito, puede llamar al (803) 896-9688 y seleccionar la opción 3 del menú.

Número de fax: (803) 896-8172 **Correo electrónico:** Titlevicivilrightsunit@dmv.sc.gov	**SCDMV Office of Inspector General** PO Box 1498 Blythewood, SC 29016-0022

A. Persona que presenta la queja

Apellido	Nombre de pila		Segundo nombre
Dirección			
Ciudad	Estado	Código postal	Estado de emisión de su licencia de manejar y número
Número de teléfono	Dirección de correo electrónico		

B. Indique la base de la discriminación (Marque todo lo que corresponda)

☐ Raza	☐ Edad	☐ Discapacidad	☐ Sexoi
☐ Color	☐ Nacionalidad		

En la siguiente página, incluya un resumen de su queja incluyendo los nombres de las personas implicadas, los testigos, fechas y horas. Use papel adicional si necesita más espacio. Adjunte cualquier documento de apoyo que pueda tener relacionado a su queja.

C. ¿Ha hecho un reporte de policía o ha tomado alguna acción legal en relación con su queja? (Para presentar esta queja no se requiere hacer un reporte policial ni tomar una acción legal).

☐ **SÍ** *Proporcione el nombre de la agencia y número de caso*

Agencia: _____ **Caso #: _____**

☐ **NO**

D. Declaración de la queja

Por medio del presente confirmo que la información que he presentado en este documento es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. Presento esta queja como parte de mi solicitud para la Oficina del Inspector General de SCDMV para que realice una investigación basada en estos hechos. Entiendo que pueden llamarme a atestiguar en diligencias administrativas.

_____ _____

Firma de la persona que presenta esta queja Fecha

SCDMV OFFICE USE ONLY

Case #: _____

Complaint #: _____