

**Kimberly Ray, Title VI / ADA Program Manager**

**INDIANA DEPARTMENT OF TRANSPORTATION**

100 N Senate RM N750

Indianapolis, IN 46204

Telephone number : (317) 234-6142

Fax number : (317) 233-0891

E-mail address: kiray@indot.in.gov

www.in.gov/dot/

**CONSENTIMIENTO / EXONERACIÓN DE RECLAMANTE**

State Form 54514 (1-11)

INDIANA DEPARTMENT OF TRANSPORTATION

ECONOMIC OPPORTUNITY DIVISION

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre *(primer, segundo, y apellido)* | | Numero de teléfono  (     )       - |
| Dirección *(numero y calle, ciudad, estado and código de ZIP)* | | |
| Número(s) de caso *(si conocido)* | | |
| He leído el Aviso de Reclamante y las Derechas del Entrevistado del Título VI proporcionados por el Departamento del Transporte de Indiana (INDOT). Como reclamante, entiendo que durante una investigación se puede llegar a ser necesario que INDOT revele mi identidad a los individuos fuera de INDOT en el curso de verificar la información o de recolectar hechos y evidencia para desarrollar una base para hacer una determinación de la conformidad de las derechas civiles. Entiendo que puede ser necesario que INDOT comparta la información, incluyendo los detalles personales recogidos como parte de su investigación de la queja. Además, entiendo que como un reclamante yo estoy protegida por Title VI del Acto de las Derechas Civiles de 1964, como enmendado, y sus estatutos y regulaciones relacionados que prohíben la intimidación o la venganza por tomar la acción o participar en una acción para asegurar las derechas protegidas por las estatuas hechas cumplir por INDOT que prohíben la discriminación. | | |
| *Lea por favor ambos párrafos abajo, compruebe su opción del CONSENTIMIENTO o CONSENTIMIENTO NEGADO y muestra abajo. (Marque por favor uno.)*  **Consentimiento**  He leído y entiendo la información antedicha y autorizo INDOT para divulgar mi identidad a los individuos según lo necesitado durante el curso de la investigación para el propósito de verificar la información o de recolectar hechos y para evidenciar relevante a la investigación de mi queja. Autorizo INDOT para recibir, para repasar y para discutir el material y la información sobre mí relevante a la investigación de mi queja. Entiendo que el material y la información serán utilizados para las actividades autorizadas de la conformidad y de la aplicación de las derechas civiles. Además, entiendo que me no requieren autorizar a este exoneración y ofrezco a hacer esto.  **Consentimiento Negado**  He leído y entiendo la información antedicha y no quisiera que INDOT divulgara mi identidad a ningún individuo durante el curso de la investigación. Entiendo que esta opción podría retrasar la investigación de mi queja y que puede, en algunas circunstancias, da lugar a un encierro administrativo de la investigación de mi queja sin que hiciera INDOT una determinación en mi caso. | | |
| Firma | Fecha *(mes, día, año)* | |