

If you require assistance accessing this information or require it in an alternative format, contact the Michigan Department of Transportation's (MDOT) Americans with Disabilities Act (ADA) coordinator at www.Michigan.gov/MDOT-ADA.

Departamento de
Transporte de Michigan
0198 (12/2024)

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO/DIVULGACIÓN DE QUEJAS DEL MDOT

NOMBRE

DIRECCIÓN (Incluir P.O. Box si procede)

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

Lea la información que figura a continuación, marque la casilla correspondiente y firme este formulario.

He leído el Aviso sobre el uso de datos personales con fines de investigación por parte del Departamento de Transporte de Michigan (MDOT, por sus siglas en inglés). Como denunciante, entiendo que en el curso de una investigación puede ser necesario que el MDOT revele mi identidad a personas de la organización o institución investigada. También soy consciente de las obligaciones del MDOT de atender las solicitudes en virtud de la Ley de Libertad de Información. Entiendo que puede ser necesario que el MDOT revele información, incluidos datos de identificación personal, que haya recabado como parte de la investigación de mi queja. Además, entiendo que como denunciante estoy protegido por la normativa federal contra la intimidación o las represalias por haber emprendido acciones o participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por los estatutos de no discriminación aplicados por la Administración Federal de Carreteras (FHWA, por sus siglas en inglés).

CONSENTIMIENTO/DIVULGACIÓN

- CONSENTIMIENTO** - He leído y entiendo la información anterior y autorizo al MDOT a revelar mi identidad a personas de la organización o institución investigada. Autorizo al MDOT a recibir material e información sobre mí pertinentes para la investigación de mi queja. Entiendo que el material y la información se utilizarán para actividades autorizadas de cumplimiento y aplicación de los derechos civiles. Entiendo además que no estoy obligado a autorizar esta divulgación, y lo hago voluntariamente.
- CONSENTIMIENTO NEGADO** - He leído y comprendo la información anterior y no deseo que el MDOT revele mi identidad a la organización o institución investigada, ni que revise, reciba copias o discuta material e información sobre mí, pertinente a la investigación de mi queja. Entiendo que es probable que esto impida la investigación de mi denuncia y puede dar lugar al cierre de la investigación.

FIRMA

FECHA