

FORMULARIO DE QUEJA/DEMANDA POR DISCRIMINACIÓN

Llamada sin pagar 1-866- 227-6353 TTD/TTY (614) 995-9961 Fax (614) 752-6381

Se le dará ayuda para llenar este formulario

1. Nombre: (<i>Apellido</i>)		<i>(Primer Nombre)</i>		<i>(Inicial)</i>	
Dirección de su casa (<i>Número y Calle</i>)			2. Teléfono del Trabajo ()		
<i>(Ciudad, Estado)</i>		<i>(Código Postal)</i>		3. Teléfono de Casa ()	
4a. En que se basa usted para creer que ha sido discriminado? <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Incapacidad <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Nacionalidad <input type="checkbox"/> Ciudadanía/posición como participante <small>(Programas WIA solamente)</small> <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Ascendencia <input type="checkbox"/> Sexo			4b. Programa/Área de Servicio <input type="checkbox"/> Adopción/Bienestar de Niños/Hogar de Adopción <input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> WIA <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> Servicios de Salud <input type="checkbox"/> Manunención de Menores <input type="checkbox"/> Cupones de alimentos <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Otro: _____		
5. Raza del que se Queja/Demanda <input type="checkbox"/> Negra/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco/Caucásico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Asiático-Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra				Sexo del que se Queja <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
6. Nombre de la agencia que usted cree ha discriminado en contra de usted				<i>(Condado)</i>	
7. Dirección (<i>Número y Calle</i>)		<i>(Ciudad)</i>		<i>(Estado)</i>	
				<i>(Código Postal)</i>	
8. Nombre(s) y Posición de la persona o personas que usted cree han discriminado en contra de usted					
9. Fecha en que la supuesta discriminación ocurrió			10. Sitio de trabajo o entrenamiento donde usted se encontraba (<i>si es aplicable</i>)		
11. Por favor explique porque cree usted que el incidente o tratamiento al que usted fué expuesto fue debido a su raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad, incapacidad, afiliación política o creencia, y o/para Participantes de WIA: ciudadanía/estado del participante. (Por favor adjunte páginas adicionales si es necesario para que pueda exponer su queja completamente.)					
12. Fecha de cuando la Queja/Demanda fué escrita			13. Firma del que se Queja		
FOR OFFICE USE ONLY					
Complaint No.		BCR staff assigned (<i>initials</i>)		Date charge received	
County Agency (<i>specify CSEA, PCSA, CDJFS, ODJFS, etc.</i>)		Program (<i>OWA, WIA, TANF, Food Stamps</i>)			