

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio

Oficiado de los Derechos Civiles

30 E. Broad Street, 30<sup>th</sup> Floor

Columbus, Ohio 43215-3414

**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		
<b>FOR OFFICE USE ONLY</b>					
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> )		