

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR
FORMULARIO DE QUERRELLA POR DISCRIMINACION
JFS 02333-S**

Encasillado 1. Nombre del querellante, primer nombre, apellido, inicial y dirección de la casa;

Encasillado 2. Teléfono del trabajo del querellante;

Encasillado 3. Teléfono de la casa del querellante;

Discriminación: Una acción parcial basada en actitudes prejuiciadas contra un individuo o grupo caracterizada por la raza, sexo, nacionalidad, ascendencia, incapacidad, color, religión, edad y con resultados de trato de desigualdad.

Encasillado 4a. Marque el área(s) en las cuales usted cree que ha sido discriminado. Fue basado en su raza, color, religión, sexo, nacionalidad, ascendencia, incapacidad, edad y ciudadanía / posición como participante (programas de WIA solamente).

Encasillado 4b. Que tipo de ayuda (programas y/o servicios) usted esta recibiendo al momento?

Encasillado 5. Provea su raza y sexo;

Encasillado 6. Provea el nombre y el condado de la agencia que usted cree ha discriminado en contra de usted.

Encasillado 7. Provea la dirección de la agencia que usted cree ha discriminado en contra de usted.

Encasillado 8. Provea los nombre(s) y título(s) de las personas que usted cree han discriminado en contra de usted.

Encasillado 9. Provea la fecha en que la supuesta discriminación ocurrió.

Encasillado 10. Provea el lugar de trabajo o entrenamiento donde usted se encontraba: (si es aplicable)

Encasillado 11. Explique como usted cree que fue discriminado.

Encasillado 12. La fecha cuando la querrella fue escrita.

Encasillado 13. La firma del querellante;

For Official Use Only

The Ohio Department of Job and Family Services, Bureau of Civil Rights will complete this section.