Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio
Oficiado de los Derechos Civiles
30 E. Broad Street, 37th 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: *(Apellido)* *(Primer Nombre)* *(Inicial)*

Dirección de su casa:
(Número y Calle)

(Ciudad, Estado) *(Código Postal)*

2. Teléfono del Trabajo:
( )

3. Teléfono de Casa:
( )

4a. En que se basa usted para creer que ha sido discriminado?

9 Raza 9 Edad 9 Incapacidad

9 Color 9 Nacionalidad 9 Ciudadania/posición como participante (Programas WIA solamente)

9 Religión 9 Ascendencia 9 Sexo

4b. Programa/Area de Servicio

9 Adopción/Bienestar de Niños/Hogar de Adopción

9 Desempleo 9 WIA

9 Medicaid 9 Servicios de Salud

9 Manunención de Menores 9 Cupones de alimentos

9 TANF 9 Otro: _____

5. Raza del que se Queja/Demanda:

9 Negra/Africano Americano 9 Blanco/Caucásico 9 Hispano/Latino

9 Indígena Americano 9 Asiático-Isleño del Pácifico 9 Otra

Sexo del que se Queja:

9 Masculino 9 Femenino

6. Nombre de la agencia que usted cree ha discriminado en contra de usted: *(*Condado*)*

7. Dirección *(Número y Calle)* *(Ciudad)* *(Estado)* *(Código Postal)*

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: *(si es aplicable)*

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 pólitica o creencía, 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: *(initials)*

Date charge received:

County Agency: (specify CSEA, PCSA, CDJFS, ODJFS, etc.)

Program: (OWA, WIA, TANF, Food Stamps)