Para Borrar

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?

☐ Raza ☐ Edad ☐ Incapacidad
☐ Color ☐ Nacionalidad ☐ Ciudadania/posición como participante (Programas WIA solamente)
☐ Religión ☐ Ascendencia ☐ Sexo

4b. Programa/Area de Servicio

☐ Adopción/Bienestar de Niños/Hogar de Adopción
☐ Desempleo ☐ WIA
☐ Medicaid ☐ Servicios de Salud
☐ Manunención de Menores ☐ Cupones de alimentos
☐ TANF ☐ Otro_____

5. Raza del que se Queja/Demanda

☐ Negra/Africano Americano ☐ Blanco/Caucásico ☐ Hispano/Latino
☐ Indígena Americano ☐ Asiático-Isleño del Pácifico ☐ Otra _____

Sexo del que se Queja

☐ Masculino ☐ 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)*	