

**QUEJA POR DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO O LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SERVICE DELIVERY OR EMPLOYMENT DISCRIMINATION COMPLAINT**

Children and Families
DCF-F-156-E

Health Services
F-00166

Workforce Development
DETS-16707-E (R. 07/2016)

Si necesita ayuda para completar este formulario póngase en contacto con:

Nombre – Coordinador de Igualdad de Oportunidades Kimberly Payne	Teléfono (Voz) (262)638-6603	Teléfono (TDD) (888)269-7477
Nombre del Demandante	Teléfono	

Dirección (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Bases de las quejas por discriminación en la prestación de servicios o en el empleo: En la prestación de servicios, se prohíbe la discriminación sobre las bases siguientes: edad, color, discapacidad, país de origen, religión, creencia política o afiliación, estado civil, situación familiar o parental, identidad de género, orientación sexual, pruebas genéticas, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, represalias por presentar una queja o por ayudar con una queja, por oposición de discriminación en un programa, servicio o actividad realizados o financiados con ayuda federal. Los Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws prohíben que los recipientes de cierta asistencia financiera federal discriminen contra los proveedores de cuidado de salud por causa del rechazo o la disposición del proveedor de participar en los procedimientos de esterilización o abortos, contrario a, o consistente con, las creencias religiosas o convicciones morales del proveedor. Estas protecciones se aplican al empleo como a la prestación de servicios; sin embargo, no todas las bases prohibidas se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo.

Nombre de la agencia y/o empleado o empleador contra quien la queja es presentada.

Describa la acción o el tratamiento que usted piensa fue discriminatorio. Incluya información sobre quién, qué, cuándo, dónde, cómo, por qué, y los nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier testigos, si usted los sabe. Por favor, proporcione la fecha exacta del último incidente. Usted puede escribir en otra hoja de papel si necesita más espacio. En el espacio de abajo, favor de indicar cuantas páginas hay adjuntas, si es necesario añadir páginas.

Descripción de la solución o indemnización que usted desea recibir:

FIRMA – Demandante o Representante del Demandante	Fecha de la firma
--	-------------------

La siguiente información es para que la persona que reciba su queja en la agencia la complete, la examine y le responda a usted.

QUEJA INFORMAL

Fecha recibida	Recibida por	Título
----------------	--------------	--------

Agencia

Acciones y persona(s) para ser investigadas:

Fallos (Se tienen que completar dentro de 30 días):

Medidas adoptadas:

¿Es necesaria alguna otra medida? Sí No
Si responde sí, ¿qué otra medida se recomienda?

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA POR DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO O LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

HOW TO FILE AN EMPLOYMENT OR SERVICE DELIVERY DISCRIMINATION COMPLAINT

Instrucciones para completar una queja por discriminación en el empleo o la prestación de servicio

Si usted siente que se le ha tratado de forma diferente debido a su edad, raza, religión, color, sexo, origen nacional o ascendencia, discapacidad o asociación con una persona que tiene una discapacidad, antecedentes penales o registro de convicción, orientación sexual, estado civil o embarazo, creencias o afiliación política, participación militar, uso o no uso de productos legales fuera de los locales del empleador durante las horas que no sean de trabajo, usted podría presentar una queja. Si a usted le fueron negados servicios por error, o si el tratamiento que usted recibió fue separado o diferente al de otros, o si el programa no fue accesible para usted, podría ser discriminación.

IMPORTANTE: Si no le aceptaron su solicitud o le dijeron que usted no era elegible para un programa en particular, PERO usted cree que usted es elegible, pida al proveedor que le dé un panfleto el cual explica cómo solicitar un proceso de apelación de la agencia local o una audiencia administrativa a nivel estatal. Su derecho de apelar a una decisión o a solicitar una audiencia administrativa a nivel estatal no tiene que estar relacionado con una queja por discriminación.

Usted puede presentar una queja informal por discriminación a su empleador o proveedor de servicios, o puede presentar una queja formal con una agencia estatal o federal. Las quejas por discriminación sobre la base de edad en los programas financiados por el U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services (USDA-FNS) tiene que ser presentadas directamente al USDA Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. La queja se remitirá a la FNS Regional OCR (Office of Civil Rights) adecuada dentro de cinco (5) días hábiles después de recibida. Nadie puede amenazarlo o acosarlo por poner una queja. Nadie puede amenazar o acosar a sus testigos porque están dispuestos a decir lo que vieron, escucharon o experimentaron. Las quejas presentadas bajo los Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws tiene que ser presentadas directamente con el HHS Office of Civil Rights.

Todas las quejas formales tienen que ser presentadas en un plazo de 180 días del suceso o trato que usted piensa fue discriminatorio. Sin embargo, usted debe presentar la queja tan pronto como sea posible después del suceso. Si usted presenta una queja informal y no está satisfecho con el resultado, todavía puede presentar una queja formal siempre y cuando lo haga en un plazo de 180 días a partir de la presunta discriminación. No espere hasta después de los 180 días para recibir una respuesta a su queja informal si está planeando presentar una queja formal.

Para presentar una queja informal por discriminación a su proveedor o empleador, solicite un formulario de queja través del Coordinador de Igualdad de Oportunidades (*Equal Opportunity Coordinator*) al _____ o TDD _____.

Envíe el formulario completo al Coordinador de Igualdad de Oportunidades de su proveedor. Encontrará el nombre del Coordinador en este formulario.

Si usted desea presentar una queja formal por discriminación, puede enviar el formulario de queja directamente a una de las oficinas estatales o federales apropiadas que aparecen en la lista de las páginas a continuación. Incluya una carta que indique que está presentando una queja formal con su agencia como la fuente de financiación. El personal de esa agencia investigará su queja y le responderá dentro de 90 días.

Presente quejas formales por discriminación sobre estos servicios con la agencia estatal que se indica a continuación.

PROGRAMA	AGENCIA ESTATAL
<p>Wisconsin (WI) Works (W-2), (W-2) Transitions, Temporary Assistance to Needy Families (TANF), Brighter Futures Initiative, Child Support, Early Care and Education, Head Start, Child Care and Day Care Certification Programs, Child Welfare, Milwaukee Child Welfare and Integration Programs, Emergency Assistance, Families and Economic Security, Community Service Jobs, Job Access Loans, Adoption and Foster Care Programs, Safety and Permanence Programs (Out-of-Home Care, Safety and Well Being, Program Integrity), Child Placement Services, Child Abuse and Neglect, Protective Services, Kinship Care, Domestic Abuse/Domestic Violence Programs, and other programs administered by the WI Department of Children and Families. Refugee and Immigrant Services (Social Services, Older Refugee, Family Strengthening, Health Services, Preventative Health Services, Mental Health, Refugee Cash and Medical Assistance)</p>	<p>WI Department of Children and Families 201 E. Washington Ave, Second Floor P.O. Box 8916 Madison, WI 53708-8916 608-266-5335 (voz) 800-864-4585 (TTY)</p>
<p>Medical Assistance Services, Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare (formerly Food Stamps Program in Wisconsin), TEFAP, SeniorCare, Community Aid, Long Term Care, Mental Health and Substance Abuse, Services to the Deaf and Hard of Hearing, Blind and Visually Impaired and Persons with Disabilities, Family Care, Public Health Services, Community Health Center Programs, WIC (Women, Infants and Children), y otros programas administrados por el WI Department of Health Services</p>	<p>WI Department of Health Services Office of Affirmative Action and Civil Rights Compliance 1 W. Wilson, Room 656 P.O. Box 7850 Madison, WI 53707 608-266-9372 (voz) 608-266-0583 (fax) 888-701-1251 (TTY) or Wisconsin Relay 711</p>
<p>Wisconsin Workforce Investment Act, y otros programas administrados por el Wisconsin Department of Workforce Development.</p>	<p>WI Department of Workforce Development ATTN: Equal Opportunity Officer 201 E. Washington Ave, Room G100 P.O. Box 7972 Madison, WI 53707-7972 608-266-6889 (voz); 866-275-1165 (TDD)</p>
<p>Quejas para Trabajos sin Subsidios o de Prueba (Unsubsidized and Trial Jobs Complaints). Cualquier condición de trabajo como empleado del DCF, DHS y/o entidades financiadas del DWD y sus subcontratistas.</p>	<p>Equal Rights Office P.O. Box 8928 Madison, WI 53708 608-266-6860 (voz) 608-264-8752 (TDD)</p> <p>Equal Rights Office 819 North Sixth Street, Room 255 Milwaukee, WI 53203 414-227-4384 (voz); 414-227-4081 (TDD)</p> <p>U.S. Equal Employment Opportunity Commission Reuss Federal Plaza 310 West Wisconsin Ave., Suite 800 Milwaukee, WI 53203-2292 800-669-4000 (voz) 414-297-4133 (fax); 800-669-6820 (TTY)</p> <p>Milwaukee District Office U.S. Department of Labor, OFCCP Federal Building 310 West Wisconsin Avenue, Suite 1115 Milwaukee, WI 53203 414-297-3821 (voz); 414-297-4038 (fax)</p>

Usted también tiene derecho a presentar una queja formal ante la agencia federal que se indica a continuación.

PROGRAMA	AGENCIAS FEDERALES
<p>Quejas Formales sobre cualquiera de los servicios anteriores administrados por el Wisconsin Department of Health Services.</p> <p>Quejas Formales por Discriminación basadas en el Federal Health Care Providers Conscience Protection Law.</p>	<p>Office for Civil Rights U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019 (voz, línea gratis) 800-537-7697 (Línea gratis de TDD)</p> <p>U.S. Dept. of Health and Human Services Office for Civil Rights – Region V 233 N. Michigan Ave., Suite 240 Chicago, IL 60601 800-368-1019 (voz, línea gratis) 312-886-1807 (fax) 800-537-7697 (Línea gratis de TDD)</p>
<p>Quejas Formales por Discriminación sobre cualquier programa que reciba asistencia financiera.</p>	<p>Coordination and Review Section - NWB Civil Rights Division U.S. Department of Justice 950 Pennsylvania Avenue, NW Washington, D.C. 20530</p> <p>888-848-5306 - inglés y español) 202-307-2222 (voz) 202-307-2678 (TDD)</p> <p>Línea gratis del Title VI: 1-888-TITLE-06 (1-888-848-5306) (Voz / TDD)</p> <p>Disability Complaints: U.S. Department of Justice Civil Rights Division 950 Pennsylvania Avenue, NW Disability Rights Section - NYAV Washington, DC 20530</p> <p>800-514-0301 (voz) 800-514-0383 (TTY) (también disponible en español)</p>
<p>Si desea presentar una queja del Civil Rights Program of Discrimination con el USDA para el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Anteriormente conocido como el Food Stamp Program a nivel estatal) FoodShare (Anteriormente conocido como el Food Stamp Program en Wisconsin), WIC, TEFAP y el programa Food Stamp Employment and Training (FSET) complete el USDA Program Discrimination Complaint que se encuentra por Internet en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al 866-623-9992 para solicitar un formulario.</p>	<p>USDA Director, Office of Adjudication 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 866-632-9992 (solicite un formulario) Email: program.intake@usda.gov 800-877-8339 (Federal Relay Services) 800-845-6136 (Español)</p>