

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA DE DISCRIMINACIÓN EN LOS SERVICIOS

(How to File an Employment or Service Delivery Discrimination Complaint)

Si Ud. piensa que se le ha tratado de forma diferente debido a su raza, color, origen nacional, ascendencia, religión, sexo, edad, discapacidad afiliación política, Ud. debe presentar una queja. Si a Ud. le negaron servicios ilegalmente, o si el trato que recibió fue separado o diferente del trato a las otras personas, o si el programa no era para usted, quizás haya sido discriminación.

IMPORTANTE: Si no le aceptaron su solicitud o le dijeron que no tenía derecho a algún programa PERO Ud. piensa que sí tenía derecho, pídale al proveedor un folleto que explique cómo solicitar una revisión por parte de una oficina local o una audiencia administrativa. Su derecho a esta revisión o audiencia no tiene que estar relacionado con una queja de discriminación.

Ud. puede presentar una queja informal de discriminación a su proveedor de servicios, o puede presentar una queja formal a una oficina estatal o federal. Nadie lo puede amenazar u hostigar por presentar una queja. Nadie puede amenazar u hostigar a sus testigos porque estén dispuestos a decir lo que vieron, escucharon o experimentaron.

Todas las quejas formales deben presentarse en un plazo de 180 días del suceso o trato que Ud. piensa fue discriminatorio. Sin embargo, Ud. debe presentar la queja tan pronto como sea posible después del suceso. Si Ud. 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 de discriminación a su proveedor, llame al Coordinador de Igualdad de Oportunidades (Equal Opportunity Coordinator) al (262) 638-6631 o TDD (262)638-6756 para solicitar un formulario de queja. Llene el formulario y envíelo al Coordinador de Igualdad de Oportunidades de su proveedor. Encontrará el nombre del Coordinador en este formulario.

Si Ud. desea presentar una queja formal de discriminación, puede enviar el formulario de queja directamente a una de las oficinas estatales o federales que aparecen en la lista al reverso de esta página. Incluya una carta diciendo que envía la queja porque la agencia provee fondos para el programa. El personal de esa agencia investigará su queja y le responderá dentro de 90 días.

Presente sus quejas formales de discriminación acerca de estos servicios a la oficina correspondiente de la siguiente lista.

PROGRAMA	OFICINA
<p>Wisconsin Works (W-2), Manutención de menores (Child Support), Ayuda en situaciones de emergencia (Emergency Assistance), Cupones alimentarios (Food Stamps) y Empleo y capacitación para participantes del programa de cupones alimentarios (Food Stamp Employment and Training), Learnfare, Cuidado para niños (Day Care), Trabajos de servicio comunitario (Community Service Jobs), Transición de (W-2) (W-2 Transitions), Préstamos para acceso a empleo (Job Access Loans), Requisitos para tener derecho a recibir asistencia médica (Medical Assistance Eligibility), Servicios para refugiados (Refugee Services).</p>	<p>Wisconsin Dept. of Workforce Development Division of Workforce Solutions ATTN: Equal Opportunity Officer P.O. Box 7972 Madison, WI 53707-7972 V/TDD 608-266-6889</p>
<p>Quejas de trabajos no subsidiados y de prueba. (unsubsidized and trial jobs complaints. Any employment condition as an employee of DWD funding.)</p>	<p>Equal Rights Office P.O. Box 8928 Madison, WI 53708 Telephone: 608-266-6860 TDD-Hearing Impaired 608-264-8752</p>
	<p>Equal Rights Office 819 North Sixth Street, Room 255 Milwaukee, WI 53203 Telephone 414-227-4384, TDD-414-227-4081</p>
<p>Proveedores de servicios de asistencia médica.</p> <p>(Medical Assistance Service, Women Infants and Children, Food Stamps, BadgerCare, Senior Care, Child Placement Services, Medicaid, Community Aid, and other programs administered by the WI Dept. of Health and Family Services.)</p>	<p>Wisconsin Dept. of Health and Family Services Division of Management and Technology Office of Civil Rights Compliance 1 W. Wilson, Room 561 P.O. Box 7850 Madison, WI 536707 Voice 608-266-9372, TDD 608-266-2555</p>
<p>Ud. también tiene el derecho de presentar una queja formal a una oficina federal.</p>	
<p>Queja formal acerca de cualquiera de los servicios arriba mencionados, excepto cupones alimentarios (food stamps).</p>	<p>U.S. Dept. of Health and Human Services Office for Civil Rights Region V, 233 N. Michigan Ave. Chicago, IL 60601 Telephone 312-886-2359, TDD 315-353-5693</p>
<p>Queja formal acerca de cualquier programa.</p>	<p>U.S. Dept of Justice Civil Rights Division 10th and Pennsylvania Ave., NW Washington, D.C. 20530 Telephone 202-514-0301, TDD 800-800-3302</p>

<p>Queja formal de cupones alimentarios (Food Stamps).</p>	<p>Administrator, Food and Nutrition Service 3101 Park Center Drive Alexandria, VA 22302</p> <p>Food and Consumer Services Civil Rights Program U.S. Department of Agriculture 77 Jackson Boulevard, 20th Floor Chicago, IL 60604 Voice 312-353-1457</p> <p>U.S. Equal Employment Opportunity Commission 310 W. Wisconsin Ave., Suite 800, Milwaukee, WI 53203 Telephone (414) 297-1111, TDD (414) 297-1115</p> <p>The Office of Federal Contract Compliance U.S. Department of Labor 230 South Dearborn Street Chicago, IL 60603 Telephone 312-353-2158, TDD 312-353-2158</p>
--	---

FORMULARIO PARA QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN EN LOS SERVICIOS

NOTA: Puede comunicarse con el Coordinador de Igualdad de Oportunidades.

<p>Coordinador de Igualdad de Oportunidades Sarah Street</p>	<p>Número De Teléfono (262)638-6631</p>	<p>Número De Teléfono (TDD) (262)638-6756</p>
--	---	---

<p>Nombre Del Reclamante</p>	<p>Número De Teléfono () -</p>
<p>Dirección Ciudad, Estado, Código Postal</p>	

Base De La Queja De Discriminación:
(Por ejemplo: edad, raza, religión, color, discapacidad, sexo, origen nacional, afiliación política, ascendencia.)

Nombre De La Oficina Y/O Del Empleado Contra Quien Desea Quejarse

Descripción del suceso o trato que Ud. piensa fue discriminatorio. Incluya información acerca de quién, qué, cuándo, dónde, cómo, por qué, y los nombres, direcciones, y números de teléfono de los testigos, si los tiene. Por favor, proporcione la fecha exacta del último incidente. Si necesita más espacio, puede escribir en otra hoja de papel. Si necesita más hojas, indique en este espacio cuántas páginas anexó.

Descripción De La Solución O Indemnización Que Ud. Desea:

Firma (Demandante O Su Representante)

Fecha

INFORMAL COMPLAINT

La información debajo de la doble línea en la próxima página la completará la persona de la oficina que reciba su queja, la investigue y le responda a ud.

Date Received	Received By	Title
Agency		

Actions and Individual(s) to be Investigated

Findings (Must be completed within 30 days)

Action Taken

Further Action Required? Yes No If yes, what action is recommended?