

RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN CLIENTES, SOLICITANTES, Y CONTRATISTAS

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) _____
Número de teléfono _____ Correo electrónico _____
Dirección (*Núm., calle*) _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Núm. de caso _____ Programa(s) _____
Otras partes involucradas (*Solamente los nombres*): _____

Base de la presunta discriminación:

- Raza Color Nacionalidad (*Incluso Dominio limitado del inglés*) Religión
- Sexo (*Incluso embarazo y acoso sexual, Estereotipo basado en el sexo Identidad de género*)
- Discapacidad
- Edad
- Represalia
- Genética
- Afiliación política

Fecha más reciente en que se produjo la acusación anterior (dentro de 180 días): _____

Proporcione una declaración breve del problema (*La queja*):

Yo creo que el problema puede resolverse al (*Especifique*):

Afirmo que toda la información que he proporcionado es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma del Reclamante _____ Fecha _____

Para presentar su reclamo, haga uno de lo siguiente:

- 1) Presente en su oficina del DES local.
- 2) Presente en persona: 1717 W. Jefferson Street, Ste. 103, Phoenix, AZ.
- 3) Envíe por correo a: Office of Equal Opportunity, P.O. Box 6123, Mail Drop 1119, Phoenix, AZ 85007.
- 4) Envíe por fax a: (602) 364-3982.
- 5) Envíe por email a: OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov