

## 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](mailto:OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov)