

# RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN DEL CLIENTE

## RECLAMANTE

Nombre (*Apellido, Nombre, S.I.*) \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Núm. de caso \_\_\_\_\_ Programa(s) \_\_\_\_\_

## DEMANDADO

Nombre (*Apellido, N., S.I.*) \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección (*Núm., calle*) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Otras partes involucradas (*Solamente los nombres*):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Base de la presunta discriminación:

- Raza                      Color                      Nacionalidad                      Religión                      Sexo (*Incluso embarazo y acoso sexual*)
- Personas con discapacidades (*La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, según enmendada, Sección 501, 503, y 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según enmendada*)
- Veteranos discapacitados, recién separados, de otras características protegidas y recipientes de medalla por servicio en las fuerzas armadas (*Ley de Asistencia para el Reajuste de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, según enmendada*)
- Edad (*la Ley de Discriminación a Edad en el Empleo de 1967, según enmendada*), (*Ley contra la Discriminación por Edad de 1975*)
- Represalia
- Genética (*el Título II de la Ley contra Discriminación a base de Información Genética [GINA por sus siglas en inglés] del año 2008*)
- Afiliación política                      Estereotipo basado en el sexo                      Identidad de género
- Otro: \_\_\_\_\_

### Fecha más reciente en que se produjo la acusación anterior:

Primera: \_\_\_\_\_ Más reciente: \_\_\_\_\_ Acción continua: \_\_\_\_\_

**NO HE** tramitado una denuncia con una agencia de ejecución federal ni estatal.

**HE** tramitado una denuncia con una agencia de ejecución federal o estatal. (*Especifique a continuación*)

Agencia de ejecución federal: \_\_\_\_\_ Fecha de tramitación: \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Asignación de ruta:**

- 1) Presente en su oficina del DES local.
- 2) Presente en persona: 1789 W. Jefferson Street, 4th Floor SE, Phoenix, AZ.
- 3) Envíe por correo a: Office of Equal Opportunity, Attn: DES Complaint Coordinator, P.O. Box 6123, Mail Drop 1323, Phoenix, AZ 85007.
- 4) Envíe por fax a: (602) 364-3982.
- 5) Envíe por email a: [OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov](mailto:OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov)