

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
Oficina de Igualdad de Oportunidades

RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN
CLIENTES, SOLICITANTES, Y CONTRATISTAS

Nombre (Apellido, N., S.I.) _____

Número de teléfono _____

Correo electrónico _____

Dirección (Núm., Calle) _____

Ciudad _____ **Estado** _____ **Código Postal** _____

Núm. 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)*

Vea la página 4 para leer la declaración de EOE/ADA

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**

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Servicios y ayudantes auxiliares para personas con discapacidades están disponibles a petición • Servicios de TTY/TDD: 7-1-1 • Available in English online or at the local office