

# QUEJA DEBIDO AL DOMINIO LIMITADO DEL INGLÉS

## INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

NÚM. DEL CASO \_\_\_\_\_ IDIOMA PREFERIDO \_\_\_\_\_

NOMBRE (*Apellido, nombre, S. I.*) \_\_\_\_\_ FECHA DE HOY \_\_\_\_\_

DOMICILIO (*Núm., calle*) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ NÚM. DE TELÉFONO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA OFICINA DONDE OCURRIÓ EL INCIDENTE (*Núm., calle*) \_\_\_\_\_

CIUDAD \_\_\_\_\_ ESTADO \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL \_\_\_\_\_ FECHA DEL INCIDENTE \_\_\_\_\_

## DECLARACIÓN DEL PROBLEMA

Proporcione a continuación una declaración específica y completa. Las denuncias no pueden enmendarse. Adjunte toda la documentación que usted quiera que se revise y que respalda su posición. Si es necesario, continúe en una hoja separada y adjúntela a este formulario.

## RESOLUCIÓN

¿Qué sugiere usted que se haga para corregir el problema?

FIRMA DE LA PERSONA QUE LLENA LA QUEJA \_\_\_\_\_

## PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA

### ACTION TAKEN BY DES LOCAL OFFICE – LEVEL I

Description of action(s) taken, be specific:

Complaint is resolved – Within time frame:	Yes	No	DATE OF VERBAL CONTACT	DATE OF WRITTEN CONTACT
Complaint is not resolved, move to Level II			_____	_____
Informed of their right to file a Federal complaint				

PROGRAM MANAGER/SUPERVISOR'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

### ACTION TAKEN BY DES DIVISION – LEVEL II

Description of action(s) taken, be specific:

Complaint is resolved – Within time frame:	Yes	No	DATE OF VERBAL CONTACT	DATE OF WRITTEN CONTACT
Complaint is not resolved, move to Level III			_____	_____

ASSISTANT DIRECTOR'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

## Instructions for Non-Resolution – Level III

1. Manager will forward complaint to OEO, Mail Drop 1323 or [OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov](mailto:OfficeofEqualOpportunity@azdes.gov)
2. OEO will issue a decision within five (5) working days.
3. OEO will notify the Division's Assistant Director and Program Manager of the decision.
4. The Program Manager will notify the client in writing of the decision within five (5) working days.

---

### FINAL RESOLUTION - Office of Equal Opportunity (OEO) – Level III

Was this resolved in all set time lines?     Yes     No     If No, explain below.  
Was the complainant satisfied with the resolution?     Yes     No     If No, explain below.  
The complainant was informed that they may file a Federal complaint:     Yes     No     If No, explain below.

Complaint is resolved \_\_\_\_\_ DATE OF VERBAL CONTACT \_\_\_\_\_ DATE OF WRITTEN CONTACT \_\_\_\_\_

OEO REPRESENTATIVE'S SIGNATURE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_

**Note: The client has the right to raise the complaint to the appropriate federal agency at any point in the process.**  
**Nota: El cliente tiene el derecho de presentar la queja a la agencia federal apropiada, en cualquier momento del proceso.**

**Routing:** One copy to the Division LEP Representative; one copy to the client's file.  
**Distribución:** Una copia al Representante de la División LEP; una copia al archivo del cliente

---

Programa y Empleador con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de los Derechos Civiles de 1964 (Títulos VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA por sus siglas en inglés), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, Ley contra la Discriminación por Edad de 1975 y el Título II de la Ley contra la Discriminación por Información Genética (GINA por sus siglas en inglés) de 2008; el Departamento prohíbe la discriminación en la admisión, programas, servicios, actividades o empleo basado en raza, color, religión, sexo, origen, edad, discapacidad, genética y represalias. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con la oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios del DES está disponible a solicitud del cliente. • Available in English on-line or at the local office.