



**Formulario de queja sobre acceso a servicios y derechos civiles
para la
quejas referentes a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades, la Sección 504
de la Ley de Rehabilitación, el Título VI de la Ley de Derechos Civiles, el acceso al
idioma y la discriminación de clases protegidas**

Si necesita ayuda para rellenar este formulario, o si necesita este formulario en otro idioma o formato, envíe un correo electrónico a dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov o llame a la línea sin costo (866) 731-3202.

Nombre: Apellido _____ Nombre _____

¿Rellena este formulario en nombre de usted o de otra persona? Yo Otra persona

Nombre de la otra persona: Apellido _____ Nombre _____

Fecha de hoy: _____ (*Esta queja debe presentarse antes de que transcurra un año del presunto suceso discriminatorio*).

Dirección de la persona que considera que sufrió discriminación:

Calle _____ Depto. _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Correo electrónico _____

Teléfono (_____) _____ Forma de contacto preferida: _____

Relación/participación con el DCYF: _____

Número de caso (*si corresponde*): _____

Fundamento o motivo de la discriminación:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raza/Color | <input type="checkbox"/> Condición de veterano o militar |
| <input type="checkbox"/> País de origen | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Género: | <input type="checkbox"/> Uso de un perro guía o animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X/No binario | <input type="checkbox"/> Situación migratoria o ciudadanía |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Madre lactante |
| <input type="checkbox"/> Identidad de género | <input type="checkbox"/> Credo o religión |
| <input type="checkbox"/> Orientación sexual | <input type="checkbox"/> Preferencia de idioma escrito o hablado |

Escriba una breve explicación sobre lo ocurrido que usted considera que es discriminación:

Miembro(s) del personal del DCYF involucrado(s): _____

Ubicación de la oficina: _____

Fecha del suceso o daño: _____

Lugar del suceso o daño: _____

¿Ha presentado una queja ante otro organismo? Si contestó que sí, ¿ante cuál organismo? _____

Envíe su formulario de queja a dcyf.civilrightscomplaints@dcyf.wa.gov

O

Envíelo por correo a Service Access and Civil Rights, DCYF, PO Box 40993, Olympia, WA 98504-0983

El DCYF debe recibir esta queja antes de que transcurra **un año** del suceso que usted considera que es discriminatorio. Nos comunicaremos con usted en un plazo de 15 días hábiles de que recibamos este formulario.

Puede presentar una queja anónima si lo desea; en ese caso, no incluya información personal. Sin embargo, recuerde que si decide presentar una queja anónima quizá no podamos investigar plenamente la queja, ya que no podremos entrevistarlo para obtener toda la información necesaria. Tampoco podremos comunicarnos con usted en referencia al resultado de la queja.

Si es un empleado del DCYF que tiene una queja, o si necesita una adaptación razonable en su lugar de trabajo, envíe correo electrónico a Recursos Humanos del DCYF a

dcyf.reasonableaccommodation@dcyf.wa.gov

Si tiene una queja que no se relaciona con la discriminación a una clase protegida ni con el acceso al idioma, envíe correo electrónico a Relaciones con Ciudadanos del DCYF a constrelations@dcyf.wa.gov

Si es un cliente o miembro del público que **necesita una modificación razonable** del DCYF debido a una discapacidad, envíe correo electrónico a dcyf.adaaccessibility@dcyf.wa.gov