

QUEJA POR DISCRIMINACIÓN DE PRESTACIÓN DE SERVICIO

SERVICE DELIVERY DISCRIMINATION COMPLAINT

Children and Families
DCF-F-156-E (R. 11/2017)

Health Services
F-00166S (11/2017)

Workforce Development
DETS-16707-E (R. 11/2017)

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con:

Nombre - Coordinador de Igualdad de Oportunidades	Teléfono (Voz) - -	Teléfono (TDD) - -
Nombre del demandante	Teléfono - -	
Dirección (número, calle, ciudad, estado, código postal)		

Las leyes federales de derechos civiles prohíben la discriminación contra MIEMBROS, SOLICITANTES, PERSONAS INSCRITAS Y BENEFICIARIOS en los programas y las actividades que reciben asistencia financiera federal y que son administrados por Agencias Estatales (DHS / DCF / DWD) directamente o por sus socios, agencias locales y contratistas. Esas leyes prohíben a los beneficiarios y a los beneficiarios secundarios de asistencia financiera federal discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad y, en algunos programas, credo religioso o afiliación política o creencias, en sus programas o actividades, y en tomar represalias o participar en represalias en su contra por oponerse a la discriminación. Si le negaron servicios erróneamente, o si el tratamiento que recibió fue por separado o diferente a los recibidos por otros, o si el programa no fue accesible para usted, y usted cree que se debió a una o más de esas bases protegidas, puede ser discriminación. Los requisitos precisos de no discriminación dependen de la agencia federal que financie el programa o la actividad.

Nombre de la agencia / organización / entidad contra quien se presenta la queja.

Nombre del programa federal contra el que la agencia / organización discriminó (por ejemplo, BadgerCare, FoodShare, Child Protective Services, etc.)

Describe la acción o el tratamiento que cree que fue discriminatorio. Incluya información sobre quién, qué, cuándo, dónde, cómo, por qué y los nombres, direcciones y números de teléfono de los testigos, si los conoce. Por favor sea específico acerca de la fecha del último incidente. Puede escribir esto en otra hoja de papel si necesita más espacio. En el espacio a continuación, indique cuántas páginas se adjuntan, si necesita agregar páginas.

Descripción del alivio o remedio que desea:

FIRMA – Demandante o representante del demandante

Fecha de la firma (mm/dd/aaaa)

La información a continuación debe ser completada por la persona en la entidad que reciba su queja y la investigue.

Queja informal

Fecha de recepción	Recibida por	Título
--------------------	--------------	--------

Agencia

Acciones y persona(s) a ser investigadas :

Hallazgos (debe completarse dentro de los 90 días):

Acción tomada:

¿Se requieren más acciones? Sí No Si responde sí, ¿qué acción se recomienda?

**INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA QUEJA POR DISCRIMINACIÓN
DE PRESTACIÓN DE SERVICIO**

Presente quejas formales por discriminación sobre estos servicios con la agencia estatal que se detalla a continuación.

PROGRAMA	AGENCIA DEL ESTADO
<p>Wisconsin (WI) Works (W-2), , Temporary Assistance to Needy Families (TANF), Brighter Futures Initiative, Child Support, Early Care and Education, Child Care and Day Care Certification Programs, Child Welfare, Milwaukee Child Protective Services Programs, Emergency Assistance, Families and Economic Security, Job Access Loans, Adoption and Foster Care Programs, Safety and Permanence Programs (Out-of-Home Care, Safety and Well Being, Program Integrity), Child Placement Services, Child Abuse and Neglect, Protective Services, Kinship Care, Domestic Abuse/Domestic Violence Programs, Refugee Assistance and Services, Youth Justice services and other programs administered by the WI Department of Children and Families., Refugee Cash and Medical Assistance)</p>	<p>WI Department of Children and Families ATTN: Equal Opportunity Specialist 201 E. Washington Ave, Second Floor PO Box 8916 Madison, WI 53708-8916 Voz: 608-422-6889 711: Servicio de retransmisión de Wisconsin Correo electrónico: dcfcivilrights@wisconsin.gov</p>
<p>Medical Assistance Services, Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare, TEFAP, SeniorCare, Family Care, Public Health Services, WIC (Women, Infants and Children y otros programas administrados por el WI Department of Health Services.</p>	<p>WI Department of Health Services Attn: Civil Rights Compliance 1 W. Wilson, Room 651 PO Box 7850 Madison, WI 53707-7850 608-267-4955 (Voz); 608-267-1434 (Fax) 711 o al 800-947-3529 (TTY) Correo electrónico: DHSCRC@dhs.wisconsin.gov</p>
<p>Workforce Investment and Opportunity Act, y otros programas administrados por el Wisconsin Department of Workforce Development.</p>	<p>WI Department of Workforce Development ATTN: Equal Opportunity Officer 201 E. Washington Ave, Room E100 PO Box 7972 Madison, WI 53707-7972 Voz: 608-266-6889 Fax: 608-261-8506; 711 o al 800-947-3529 (TTY) Correo electrónico: David2.Duran@dwd.wisconsin.gov</p>

También tiene derecho a presentar una queja formal ante una de las agencias federales que se indican a continuación.

PROGRAMA	AGENCIA FEDERAL
Programa o actividad de HHS	<p>Office for Civil Rights U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019 800-537-7697 (TDD) https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf (Portal de quejas en línea)</p>
Programa o actividad de USDA-FNS	<p>U.S. Department of Agriculture Director, Office of Adjudication 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 866-632-9992 800-877-8339 (Servicios de retransmisión federal) 866-377-8642 (Retransmisión para los usuarios de voz) 800-845-6136 (Español) Cr-info@ascr.usda.gov</p>
Programa o actividad de DOL	<p>Civil Rights Center U.S. Department of Labor Attn: Office of External Enforcement U.S. Department of Labor 200 Constitution Avenue, NW Room N-4123 Washington, DC 20210 202-693-6505, Attn: Office of External Enforcement (Fax) CRCEXternalComplaints@dol.gov</p>