

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS
HUMANOS DE RHODE ISLAND
OFICINA DEL DIRECTOR
57 Howard Avenue, Cranston, RI 02920

PARA OBTENER AYUDA, LLAME AL (401) 415-8500 (VOZ)
TDD (401) 462-6239 o retransmisión de Rhode Island 1-800-745-6575

**FORMULARIO DE QUEJA POR
DISCRIMINACIÓN**

DEMANDANTE: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Teléfono: Residencia: _____

Otro: _____

Demanda presentada por: _____
(Usted o representante)

Teléfono: Trabajo: _____

Otro: _____

¿Podemos llamarlo en su horario laboral? *(marque una opción)*

Sí No

En el caso de tener un representante, ¿desea que le enviemos a esta persona las copias de toda la correspondencia futura? *(marque una opción)*

Sí No

**PERSONA O ENTIDAD QUE PRESUNTAMENTE DISCRIMINÓ
AL DEMANDANTE:**

Nombre: _____

Ubicación de la oficina: _____

Programa (*R.I. Works, SNAP, Medicaid, Rehabilitation, etc.*): _____

Teléfono: _____

**EL DEMANDANTE FUE PRESUNTAMENTE DISCRIMINADO DEBIDO A
(MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)**

Raza o color: Sexo: Nacionalidad: Discapacidad:

Edad: Religión: Creencias políticas:

Servicios de acceso a idioma: _____

Fecha del presunto incidente de discriminación: _____

Describa el presunto incidente de discriminación y cómo ha afectado al demandante. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

¿Qué tipo de compensación solicita el demandante?

¿Se ha presentado este formulario en algún otro tribunal u organismo federal, estatal o local?

(Marque una opción)

Sí No

Si es así, indique el organismo o el tribunal: _____

Persona de contacto del organismo o el tribunal:

¿El demandante ha intentado presentarse en otro organismo?

(Marque una opción)

Sí No

Organismo: _____

Firma: _____
(DEMANDANTE)

Fecha: _____

Enviar a:
Oficial de enlace de relaciones
comunitarias Departamento de Servicios
Humanos de Rhode Island 206 Elmwood
Avenue, Providence, RI 02907