

Queja por discriminación

Es parte de la política del Department of Licensing (DOL) cumplir todas las leyes, reglamentos y órdenes ejecutivas federales y estatales pertinentes relacionados con los derechos civiles en la prestación de servicios y el acceso a las instalaciones para el público. Si usted considera que el DOL pudo haberlo discriminado al proporcionarle acceso a las instalaciones o servicios públicos del DOL, el DOL desea conocer su opinión. Conteste este formulario y envíelo a:

Civil Rights Compliance Coordinator
Department of Licensing
PO Box 9032
Olympia, WA 98507

Correo electrónico: CivilRtsCoord@dol.wa.gov

Número de teléfono: (844) 200-4466

Información de contacto: En caso de que necesitemos comunicarnos con usted.		Número de rastreo (solo para uso del DOL)
Su nombre	(Código de área) Teléfono de día	Correo electrónico
Dirección de casa (<i>dirección, ciudad, estado, código postal</i>)		

Información del incidente

Fecha del incidente (<i>mm/dd/aaaa</i>)	Hora aproximada del incidente <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.	Lugar del incidente
Razón o tipo de queja (<i>elija todo lo que corresponda</i>)		¿Ha presentado una queja ante otra agencia sobre este incidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí", ¿qué agencia?
<input type="checkbox"/> Raza o color <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Bajos ingresos <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		<input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Nacionalidad o dominio limitado del inglés
Descripción del incidente (<i>explique qué sucedió</i>)		
Indique cualquier documento de respaldo respecto al incidente y adjúntelo a este formulario.		

Personas involucradas, si las hay: Escriba el nombre, puesto o número de teléfono si los conoce.

Nombre de la persona que considera que lo discriminó	Puesto	(Código de área) Número de teléfono
Nombre de la persona que considera que lo discriminó	Puesto	(Código de área) Número de teléfono
Nombre de la persona que considera que lo discriminó	Puesto	(Código de área) Número de teléfono
Nombre del testigo del incidente		(Código de área) Número de teléfono
Nombre del testigo del incidente		(Código de área) Número de teléfono
Nombre del testigo del incidente		(Código de área) Número de teléfono

X

Firma

Fecha