

Office of Justice and Civil Rights (OJCR)
Solicitud de queja de la OJCR
OJCR Complaint Request

Instrucciones: Si tiene una queja relacionada con derechos civiles, llene este formulario lo mejor posible y envíelo por correo electrónico a la OJCR: iraucomplaints@dshs.wa.gov.

Si tiene preguntas generales o desea hablar con un miembro del equipo de la OJCR, no dude en comunicarse usando uno de los siguientes métodos:

Correo electrónico: OJCR@dshs.wa.gov

Dirección postal: DSHS Justice and Civil Rights
PO Box 45131
Olympia WA 98504-5105

Fax: (360) 902-7540

Teléfono: 800-737-0617 opción 5 ((360) 902-7998)

Los usuarios de TTY / TDD deben llamar al 711 o al 1-800-833-6384 para utilizar el Servicio de Retransmisión de Washington.

Información del quejoso		
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Usted: <input type="checkbox"/> es un empleado o <input type="checkbox"/> no es un empleado.		
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono (incluir el código de área)
Persona que presenta la queja (si no es el quejoso)		
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Usted: <input type="checkbox"/> es un empleado o <input type="checkbox"/> no es un empleado.		
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono (incluir el código de área)
Persona que lo discriminó		
Apellido	Nombre	Inicial del segundo nombre
Puesto y programa oficial del DSHS al que está asignado (si los conoce)		
Esta persona: <input type="checkbox"/> es un empleado <u>o</u> <input type="checkbox"/> no es un empleado.		
Dirección de correo electrónico		Número de teléfono (incluir el código de área)
Resumen de la queja		
¿En qué entorno considera que ocurrió discriminación? <input type="checkbox"/> Mi empleo <input type="checkbox"/> Servicios que recibí del DSHS		
Fechas de las conductas o los sucesos		

Haga una breve descripción de la conducta o el suceso.

Escriba los nombres, los puestos y la información de contacto de los testigos de la conducta o el suceso.

Motivo

Seleccione los motivos que creen que son aplicables a su queja:

- Edad:** Tengo 40 años de edad o más
- Color de piel**
- Discapacidad**
- Información genética, los antecedentes médicos de mi familia o mi participación en servicios genéticos** como asesoría, educación o pruebas
- País de origen o grupo étnico**
- Raza**
- Religión**
- Sexo** (incluye el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género)
- Represalias:** Presenté una acusación por discriminación laboral relacionada con cualquiera de los motivos anteriores
- Represalias:** Me puse en contacto con una agencia gubernamental para quejarme por la discriminación laboral
- Represalias:** Me quejé con mi empleador por la discriminación laboral
- Represalias:** Ayudé o fui testigo en la queja de otra persona por discriminación laboral
- Acoso:** Conductas indeseadas por motivos de raza, color de piel, religión, sexo, país de origen, edad, discapacidad o información genética
- Acoso sexual**
- Lactancia**
- Condición de veterano**
- Otra cosa

Adjunte documentos u otra información pertinente (como fotografías, correos electrónicos, etc.) que considere que son pertinentes para su queja.

Empleados del DSHS: Queremos recordarle que, en caso de que le preocupe su seguridad en su lugar de trabajo, el DSHS puede elaborar un plan de seguridad para resolver sus preocupaciones. En caso de que desee recibir más información sobre lo que implicaría, converse sobre el tema con el asociado de negocios de recursos humanos (HRBP, por sus siglas en inglés) asignado a su administración.