



JOE LOMBARDO
Governor

STATE OF NEVADA
DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES
DIVISION OF WELFARE AND SUPPORTIVE SERVICES

RICHARD WHITLEY, MS
Director

ROBERT THOMPSON
Administrator

FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Nombre:		Fecha:
Dirección de correo:		
Número de teléfono.: () -		Número de Seguro Social.:

Por favor, marque qué tipo de asistencia está solicitando o ya recibiendo a través de la DIVISIÓN DE BIENESTAR Y SERVICIOS DE APOYO SOCIAL (DWSS) (*marque todas las que correspondan*).

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) | <input type="checkbox"/> Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP) |
| <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia para servicios de Energía (EAP) | <input type="checkbox"/> Cuidado infantil |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿De qué forma cree usted que ha sido discriminado?

- | | | | |
|--|--------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Sexo |
| <input type="checkbox"/> Origen nacional | <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Religión | <input type="checkbox"/> Creencias políticas |

¿Quién cree que ha discriminado en contra suya? _____

(persona específica, agencia, institución, etc.)

Por favor proporcione una descripción de las circunstancias que le hicieron sentirse discriminado. (Si necesita más espacio use una hoja por separado.)

Su queja se presentará a la Oficina del Gerente del Distrito para investigación. Usted recibirá una carta del administrador de oficinas que le notificará las conclusiones de la investigación. El resultado de la investigación, junto con su denuncia, se remitirá al Coordinador de Derechos Civiles del DWSS para una revisión. Su queja será entonces enviada a la oficina federal de derechos civiles apropiada, dependiendo del programa (o programas) que está solicitando o en el cual ya está inscrito.

Firma del cliente	Nombre con letra de molde	Fecha	Número de teléfono
-------------------	---------------------------	-------	--------------------

También se pueden presentar quejas por discriminación al U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D. C. 20250-9410; Fax: (202) 690-7442; o por correo electrónico: program.intake@usda.gov



SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Form Mailed

Staff Signature

Print Name

Date

Telephone Number

Social Welfare Manager Signature

Print Name

Date

Telephone Number

Control Number

