

Formulario de Quejas de Discriminación

Si Ud. tiene preguntas o si necesita ayuda con este formulario, por favor comuníquese con Cameron Moore, Coordinador de No Discriminación al 804-914-2770 (TTY: 1-800-828-1120) o por correo-e al Civil_Rights@vdh.virginia.gov.

Por favor escriba de manera clara. También puede presentar su queja por teléfono al número que figura arriba.

Reclamante	
*Nombre:	Nombre
*Apellido(s):	Apellido(s)
<i>(Proporcione un número de teléfono o una dirección de correo electrónico)</i>	
Teléfono (Incluir código de área):	Número
Correo Electrónico:	Correo-e
*Dirección de calle Línea 1:	Dirección de calle Línea 1
*Dirección de calle Línea 2:	Dirección de calle Línea 2
*Ciudad:	Ciudad
*Estado:	Estado
*Código postal:	Código postal
¿Está presentando esta queja en nombre de otra persona? (En caso afirmativo, proporcione la información a continuación.)	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Nombre del Individuo Afectado:	Nombre
Apellido(s) del Individuo Afectado:	Apellido(s)
Relación entre el Reclamante y el Individuo Afectado:	Relación

Detalles de la Reclamación	
<p>*Creo que he sido (o que el Individuo Agraviado ha sido) discriminado por motivos de:</p> <p> <input type="checkbox"/> Raza / Color <input type="checkbox"/> Origen nacional (incluso) <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Otra razón (Especifique) Haga clic para escribir la respuesta. </p>	
<p>¿Quién cree Ud. que le discriminó?</p> <p>Nombre y apellido de la persona o nombre de la agencia/organización:</p>	
*Dirección de calle Línea 1:	Dirección de calle Línea 1
*Dirección de calle Línea 2:	Dirección de calle Línea 2

Departamento de Salud de Virginia
Formulario de Queja de Discriminación

*Ciudad:	Ciudad
*Estado:	Estado
*Código postal:	Código postal
Teléfono (Incluir código de área):	Número
¿Cuándo ocurrió la discriminación?	
<i>(Si desea reportar más de tres fechas, enumérelas en la descripción de la Queja a continuación)</i>	
*La(s) Fecha(s):	Haga clic aquí para escribir la fecha.
	Haga clic aquí para escribir la fecha.
	Haga clic aquí para escribir la fecha.
*Describa brevemente lo que pasó. ¿Por qué cree Ud. que las acciones descritas constituyen discriminación? Por favor escriba lo más específicamente posible. Además, proporcione los nombres de cualquier persona que estuvo presente y fue testigo de los actos discriminatorios. (Se puede adjuntar hojas suplementarias si sea necesario.)	
Haga clic aquí para escribir la descripción.	

La entrega de una reclamación a VDH es voluntaria. Se utiliza la información que Ud. proporcione para determinar si VDH tiene la competencia en el caso y, de ser así, determinar cómo se transmitirá su reclamación. La información proporcionada en este formulario se tratará de manera confidencial. Los nombres u otra información que identifique a las personas solo se revelarán cuando sea necesario para la investigación de una posible discriminación y en otros casos en que la revelación está permitida por la ley.

Firma	
Declaro que la información proporcionada por mí en este formulario es verdadera y correcta según mi saber y entender. Autorizo al Departamento de Salud de Virginia a obtener todos los datos e información y cualquier registro necesario para la investigación complete de mi Reclamación.	
	Haga clic aquí para escribir la fecha.
Firma del Reclamante	Fecha

Le rogamos envíe este Formulario debidamente cumplimentada y firmada a través de una de las siguientes maneras:

- Por correo: ATTN: Non-Discrimination Coordinator, VDH, 109 Governor St., Richmond, VA 23219
- Por correo-e: Civil_Rights@VDH.Virginia.gov
- Por fax: (804) 864-7022

Causa Justificada Para Presentar Después de 90 Días
<p>*Si presenta la reclamación pasados 90 días o más desde la fecha de la presunta discriminación, tendrá que solicitar una exención de la fecha límite. Por favor indique los motivos por los que no pudo hacerla a tiempo.</p>
<p>Click or tap here to enter text.</p>