



Formulario de reclamación

Las leyes y regulaciones federales y estatales requieren que el estado de Illinois cumpla con todas las leyes contra la discriminación, incluidas, entre otras, la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la Ley de Derechos Humanos de Illinois. Esto incluye garantizar que todas las personas puedan acceder de manera significativa a los servicios, beneficios y programas del estado de Illinois. Si siente que se le ha denegado o restringido el acceso a los servicios, beneficios o programas estatales debido a su edad, raza, sexo, discapacidad, nacionalidad, orientación sexual o cualquier otra razón protegida, complete este formulario y envíelo a Michele Kowalski.

Información sobre usted

Su nombre y dirección:

Nombre

Dirección

Ciudad _

Estado

Código postal_

Su número de teléfono y su correo electrónico:

Principal

Alternativo

¿Cuál es un momento conveniente para comunicarnos con usted?

a. m.

p. m.

Correo electrónico _

Base de la reclamación:

Marque todas las que apliquen

Raza

Sexo

Identidad de género

Discapacidad

Color

Edad

Embarazo

Represalias

Religión

Nacionalidad

Estado de ciudadanía

Acoso sexual

Orientación sexual

Acceso a los idiomas

Antecedentes de arresto

Otros

Información sobre su reclamación

Identifique la oficina del estado de Illinois (u otro lugar) en el que se produjeron los incidentes sobre los que reclama:

Identifique lo mejor que pueda a los empleados del estado de Illinois o a otras personas implicadas en el incidente:

Identifique las horas y fechas aproximadas en las que se produjeron los incidentes:

Describa su problema o preocupación. Asegúrese de incluir información como: quién estuvo involucrado y qué hizo o dijo, incluido cualquier lenguaje ofensivo o despectivo utilizado; si siente que usted, u otra persona, fue tratado de manera diferente a los demás; si lo intentó y no pudo acceder a información o servicios estatales; y cualquier otra información que crea que es importante. Si necesita espacio adicional o tiene material escrito adicional relacionado con su reclamación, adjúntelo a este formulario.

¿Tiene testigos que tengan información sobre su reclamación? Si es así, indique sus nombres, direcciones y números de teléfono.

Nombre	Dirección	Número de teléfono

Acceso a los idiomas:

Complete esta sección si su reclamación se refiere al acceso a servicios gubernamentales en el idioma que habla o escribe.

1. ¿Qué idioma(s) habla? _____

2. ¿Lee y escribe en su idioma? _____

3. ¿Recibió ayuda para completar este formulario? _

Si respondió afirmativamente a la pregunta 3, indique el nombre y la información de contacto de la persona que le ayudó:

Certifico que he leído esta reclamación y que la información que he proporcionado es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Firma

Fecha