## DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND OFICINA DEL DIRECTOR 25 Howard Avenue, Cranston, RI 02920

PARA OBTENER AYUDA, LLAME AL (401) 415-8500 (VOZ) TDD (401) 462-6239 o retransmisión de Rhode Island 1-800-745-6575

## FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

DEMANDANTE	Ε:	
Dirección:		
Ciudad, estado	y código postal:	
Teléfono:	Residencia:	
	Otro:	
Demanda pres	entada por: (Usted o representante)	
Teléfono:	Trabajo:	
	Otro:	
¿Podemos llam	narlo en su horario laboral? □Sí	(marque una opción) □No
		ea que le enviemos a esta persona las copias (marque una opción)
	ΠSí	$\Box$ No

## PERSONA O ENTIDAD QUE PRESUNTAMENTE DISCRIMINÓ AL DEMANDANTE:

Nombre:			<u></u>
Ubicación de la ofi	cina:		
Programa (R.I. Work	s, SNAP, Medicaid, Reh	nabilitation, etc.):	
Teléfono:			
EL DE	_	PRESUNTAMENTE DISCRI DAS LAS OPCIONES QUE (	
Raza o color: □	Sexo: □	Nacionalidad: □	Discapacidad: □
Edad: □	Religión: □	Creencias política	s: 🗆
Servicios de acce	eso a idioma:		
Fecha del presur	nto incidente de	discriminación:	
demandante. Ad	junte hojas adic	e discriminación y cón ionales si es necesario	
¿Qué tipo de con	npensación solic	cita el demandante?	

local?	resentado este formulario en algún otro tribunal u organismo federal, estatal o una opción)
□Sí	□No
Si es así,	indique el organismo o el tribunal:
Persona	de contacto del organismo o el tribunal:
•	ndante ha intentado presentarse en otro organismo? una opción)
□Sí	$\square$ No
Organisr	no:
Firma: _	(DEMANDANTE)
	(22)
Fecha:	

## Enviar a:

Oficial de enlace de relaciones comunitarias Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island 206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907