



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DISCRIMINACIÓN\***

Información sobre el denunciante

Nombre: \_\_\_\_\_

Direccion Actual: (NOMBRE Y NÚMERO DE LA CALLE)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
--	---------	---------	----------------

Condado:	Teléfono de casa/celular:
----------	---------------------------

Yo, \_\_\_\_\_ , quejarme de que el Departamento me discriminó por la  
 \_\_\_\_\_  
 (Denunciante)  
 acciones de \_\_\_\_\_ en:  
 \_\_\_\_\_  
 (Encuestado - nombre y cargo)

Nombre del centro/oficina local	Dirección del centro/oficina local	Teléfono del centro/oficina local

La base de esta queja es:     Edad     Raza     Color     Sexo     Origen Nacional     Ancestry  
 Religion     Discapacidad fisica o mental     Afiliacion polita (solo para beneficiarios de cupones de alimentos)

Hechos alegados (incluya los nombres y números de teléfono de los testigos y, si desea mas espacio, adjunte una pagina adicional):

Alivio solicitado (para más espacio, adjunte una página adicional):

Firma del demandante	Fecha
----------------------	-------

Esta queja se presenta de conformidad con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Ley de Derechos Humanos de Illinois (775 ILCS 5), la Ley de Cupones para Alimentos de 1977, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades y la Sección 504 del Procedimiento de Quejas.



**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DISCRIMINACIÓN\***

**THIS SECTION FOR FACILITY/LOCAL OFFICE RESPONSE ONLY**

BCA Investigator's Printed Name		Date complaint received by BCA
BCA Investigator's Signature		Date Signed
Facility's Response (for an additional space, please attach an additional page):		
Facility/Local Office Administrator's Printed Name (if applicable)		
Facility/Local Office Administrator's Signature (if applicable)		Date Signed
Appeal requested: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Date requested:	
If yes, Printed Name and Signature of person requesting the appeal		
Appeal Response (if applicable)(for additional space, please attach an additional page):		
Department's Chief EEO Officer or Designee's Printed Name		Position Title
Department's Chief EEO Officer or Designee's Signature		Date Signed
Please mail or return form to:	Bureau of Civil Affairs Office 401 S. Clinton, 6th Floor Chicago, IL 60607	or Bureau of Civil Affairs Office 100 S. Grand Ave. East, 3rd Floor Springfield, IL 62762

[Email: DHS.CivilAffairsComplaint@illinois.gov](mailto:DHS.CivilAffairsComplaint@illinois.gov)

Cada individuo también tiene derecho a presentar una queja formal dentro de los 180 días posteriores a la presunta violación ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HSS) y el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA); y dentro de dos años con el Departamento de Derechos Humanos de Illinois (IDHR).

Illinois Department of Human Rights  
555 West Monroe Street, 7th Floor  
Chicago, IL 60661  
(312) 814-6200 (Voice calls only)  
(866) 740-3953 (TTY calls only)  
(312) 814-6251 (Fax - Charge Processing)  
[IDHR.Intake@illinois.gov](mailto:IDHR.Intake@illinois.gov)  
[www2.illinois.gov/DHR](http://www2.illinois.gov/DHR)

Illinois Department of Human Rights  
524 South 2nd Street, Suite 300  
Springfield, IL 62701  
(217) 785-5100  
(866) 740-3953 (TTY)  
(217) 785-5106 (FAX)  
[IDHR.Intake@illinois.gov](mailto:IDHR.Intake@illinois.gov)  
[www2.illinois.gov/DHR](http://www2.illinois.gov/DHR)

U.S. Department of Health and Human Services/Office for Civil Rights  
233 N. Michigan Ave., Suite 240  
Chicago, IL 60603  
(800) 368-1019 (Voice calls only)  
(800) 537-7697 (TTY calls only)  
(202) 619-3818 (Fax)

U.S. Department of Agriculture  
Food and Nutrition Services  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314  
Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442  
Email: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Filing an Appeal:  
U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
Stop 9430  
1400 Independence Avenue, S.W. Room 212-A  
Whitten Building  
Washington, D.C., 20250

U.S. Department of Justice  
Office of the Americans with Disabilities Act  
Civil Rights Division  
P.O. Box 66738  
Washington, DC 20036-6738  
(800) 514-0301 (Voice)  
(800) 514-0383 (TTY)

**Devuelva el formulario completo, con copias de la documentación de respaldo a la Oficina de Asuntos Civiles.**