



Formulario Para Quejas Por Discriminación Del Solicitante / Individuo*

Información del Querellante			
Nombre:			
Dirección Actual: (nombre y número de la calle)	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Condado:	Casa/Número de Celular:		
<p>Yo, _____, me quejo que el Departamento ha discriminado contra mí (Demandante)</p> <p>debido a las acciones de _____ en: (Demandante - nombre y título de empleo)</p>			
Nombre de la Institución / Oficina Local	Dirección de la Institución / Oficina Local:	Teléfono:	
<p>Esta queja se basa en: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Casta / Linaje</p> <p><input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Discapacidad Física o Mental <input type="checkbox"/> Afiliación Política (para beneficiarios de estampillas de comida)</p>			
<p>Hechos que se alegan (por favor incluya nombre(s) y números de teléfono(s) de todos los testigo(s), si necesita más espacio, por favor añada una hoja adicional):</p>			
<p>Restitución pedida (para más espacio, por favor añada una hoja adicional):</p>			
Dirección del Demandante:		Teléfono del Demandante:	
Firma del Demandante			Fecha
<p>* Esta queja ha sido registrada de acuerdo con el Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964, Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973, el Acta de Discriminación por Edad de 1975, el Acta de Derechos Humanos de Illinois (775 ILCS 5), el Acta de Estampillas de Comida de 1977, el Acta de Americanos con Discapacidades y la Sección 504 del Procedimiento de Quejas.</p>			



Formulario Para Quejas Por Discriminación Del Solicitante / Individuo*

***ESTA SECCION ES SOLAMENTE PARA RESPUESTA DE LA INSTITUCION / OFICINA LOCAL ***

Fecha que BCA recibió la queja

Nombre impreso y firma del Investigador de BCA _____ Fecha: _____

Respuesta de la Institución (para más espacio, por favor añada una hoja adicional):

Nombre impreso y firma del Administrador de la Institución / Oficina Local (si aplica) _____ Fecha: _____

¿Pidió una Apelación? : Sí No Fecha solicitada: _____

Si contestó sí, nombre impreso y firma de la persona que pidió la apelación _____ Fecha: _____

Respuesta de la Apelación (si aplica) (para más espacio, por favor añada una hoja adicional):

Nombre impreso y firma del Jefe de EEO o Funcionario Designado: _____ Fecha: _____

Título de Posición: _____ Fecha: _____

Por favor envíe su formulario a:

Bureau of Civil Affairs Office or Bureau of Civil Affairs Office 100 S.
401 S, Clinton, 6th Flr. Grand Ave.East, 3rd Flr. Springfield, IL
Chicago, IL 60607 62762

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

Cada individuo tiene el derecho de registrar un cargo formal dentro de los 180 días de la alegada violación con La Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, y dentro de 300 días el Departamento de Derechos Humanos de Illinois.

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
www2.illinois.gov/DHR

Illinois Department of Human Rights
524 South 2nd Street, Suite 3000
Springfield, IL 62701
(217) 785-5100
(866) 740-3953 (TTY)
(217) 785-5106 (FAX)
IDHR.Intake@illinois.gov
www2.illinois.gov/DHR

U.S. Department of Agriculture
Director, Office of Civil Rights
Whitten Building - Room 326-W
14th & Independence Avenue, SW
Washington, DC 20250-9410
(202) 720-5964 (Voice and TTY)

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 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)

Por favor envíe el formulario completado, con copias de la documentación que respalde la queja a Bureau of Civil Rights (Oficina de Asuntos Civiles).