

## 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 Vickie Simpson, vickie.simpson@illinois.gov.

| Información sobre usted<br>Su nombre y dirección: |                         | Su número de teléfono y su correo electrónico: |                      |  |
|---|-------------------------|--|----------------------|--|
| Nombre  |                         | Principal                                      |                      |  |
| Dirección   |                         | Alternativo                                    |                      |  |
| Ciudad _  |                         | ¿Cuál es un mome                               | nto conveniente para |  |
| Estado  |                         | comunicarnos con usted?                        |                      |  |
| Código postal_                                    |                         | a. m.  | p. m.                |  |
| Base de la reclamación:                           |                         | Correo electrónico _                           |                      |  |
| Marque todas las que apliqu                       | uen                     |  |                      |  |
| Raza  | Sexo                    | ldentidad de<br>género                         | Discapacidad         |  |
| Color   | Edad                    | Embarazo                                       | Represalias          |  |
| Religión  | Nacionalidad            | Estado de<br>ciudadanía                        | Acoso sexual         |  |
| Orientación sexual                                | Acceso a los<br>idiomas | Antecedentes de arresto                        | Otros                |  |

## Información sobre su reclamación

| ¿Tiene testigos que tengan información sobre su reclamación? Si es así, indique sus nombres, direcciones y números de teléfono.  |         |
|--|---------|
| Describa su problema o preocupación. Asegúrese de incluir información como: quién estuvo involucra y qué hizo o dijo, incluido cualquier lenguaje ofensivo o despectivo utilizado; si siente que usted, u otr 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 adicio o tiene material escrito adicional relacionado con su reclamación, adjúntelo a este formulario. | ra<br>o |
| Identifique las horas y fechas aproximadas en las que se produjeron los incidentes:  |         |
| Identifique lo mejor que pueda a los empleados del estado de Illinois o a otras personas implicadas en incidente:  | ı el    |
| Identifique la oficina del estado de Illinois (u otro lugar) en el que se produjeron los incidentes sobre los que reclama:   |         |

| Nombre | Direcció<br>n | Número de teléfono |
|--------|---------------|--------------------|
|        |               |                    |
|        |               |                    |
|        |               |                    |

## Acceso a los idiomas:

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

| 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  |