SERVICE DELIVERY OR EMPLOYMENT DISCRIMINATION COMPLAINT

Children and Families	Health Services	Workforce Development
DCF-F-156-E	F-00166	DETS-16707-E (R. 12/2013)

If you need help completing this form please contact:

Name - Equal Opportunity Coordinator Joyce M. Roling	Phone (Voice) (608) 723-2045	Phone (TDD) ( ) -
Name of Complainant		Phone ( ) -

Address (number, street, city, state, zip code)

Basis for Service Delivery or Employment Discrimination Complaint: In service delivery, discrimination is prohibited on the following basis: age, color, disability, national origin, religion, political belief or affiliation , marital status, familial or parental status, race, sex, gender identity, sexual orientation, genetic testing, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, retaliation for filing a complaint, or for assisting with a complaint, opposing discrimination in a program, service or activity conducted or funded with federal assistance.

Employment discrimination is prohibited on the basis of: age (over 40), national origin or ancestry, arrest record, conviction record, color, creed or religion, disability or association with a person with a disability, genetic testing, honesty testing, marital status, pregnancy or childbirth, military service, race, sex, sexual orientation, use or non use of lawful products off the employer's premises during non-working hours. Employees may not be harassed in the workplace based on their protected status nor retaliated against for filing a complaint, for assisting with a complaint, or for opposing discrimination in the workplace. The Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws prohibit recipients of certain federal financial assistance from discrimination against health care providers because of the provider's refusal or willingness to participate in sterilization procedures or abortions contrary to or consistent with the provider's religious beliefs or moral convictions. These protections apply to employment and service delivery; however, not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.

Name of the Agency and/or Employee or Employer Against Whom the Complaint is Filed.

Describe the action or treatment that you think was discriminatory. Include information about who, what, when, where, how, why, and the names, addresses and phone numbers of any witnesses, if you know them. Please be specific about the date of the last incident. You may write this on another sheet of paper if you need more room. In the space below, please say how many pages are attached, if you need to add pages.

Description of the Relief or Satisfaction you Want:

SIGNATURE - Complainant or Complainant Representative	Date Signed

Co-authored by: Departments of Children and Families, Health Services; and Workforce Development

The information below is to be completed by the person at the agency who receives your complaint, looks into it and responds to you.

INFORMAL COMPLAINT

Date Received	Received By	Title

Agency

Actions and Individual(s) to be Investigated:

Findings (Must be completed within 30 days):

Action Taken:

Further Action Required? ☐ Yes ☐ No

If yes, what action is recommended?

HOW TO FILE AN EMPLOYMENT OR SERVICE DELIVERY DISCRIMINATION COMPLAINT

Instructions for Completing Employment or Service Delivery Discrimination Complaint

If you feel that you have been treated differently because of your age, race, religion, color, sex, national origin or ancestry, disability or association with a person with a disability, arrest or conviction record, sexual orientation, marital status or pregnancy, political belief or affiliation, military participation, or use or non use of lawful products off the employer's or service provider's premises during non-working hours, you may file a complaint. If you were wrongfully denied services, or if the treatment you received was separate or different from others, or if the program was not accessible to you, it may be discrimination.

IMPORTANT: If your application for service was not taken or your were told you were not eligible for a particular program, BUT you feel you are eligible, ask the provider for a pamphlet which explains how to request a local agency appeal process or State administrative hearing review. Your right to appeal a decision or to request a State administrative hearing does not need to be connected to a discrimination complaint.

You may file an informal discrimination complaint with your employer or service provider, or you may file a formal discrimination complaint with a state or federal agency. Complaints alleging discrimination on the basis of age in programs funded by U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services (USDA-FNS) must be filed directly with the USDA Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. This complaint will be forwarded to the appropriate FNS Regional OCR within five (5) working days after receipt. No one may threaten or harass you for making a complaint. No one may threaten or harass your witnesses because they are willing to say what they saw, heard or experienced. Complaints filed under the Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws must be filed directly with HHS Office of Civil Rights.

All formal complaints must be filed within 180 days of the event or treatment you feel was discrimination. However, you should file the complaint as soon as possible after the action took place. IF you file an informal complaint and you are not satisfied with the resolution, you can still file a formal complaint as long as you do it within filing time frame. Do not wait until after the filing deadline to get an answer to the informal complaint if you plan to make a formal complaint.

To file an informal discrimination complaint with your provider or employer, request a discrimination complaint form by calling the Equal Opportunity Coordinator at - - or TDD - - .

Send the completed form back to your provider's Equal Opportunity Coordinator. His or her name should be on this form.

If you wish to file a formal discrimination complaint, you may send the completed complaint form directly to the appropriate state or federal agency listed on the following pages. Include a letter stating that you are making a formal complaint to their agency as the funding source. Staff of the state or federal agency will provide the results to you within 90 days.

File formal discrimination complaints about these services with the state agency listed below.

PROGRAM	STATE AGENCY
Wisconsin (WI) Works (W-2), (W-2) Transitions, Temporary Assistance to Needy Families (TANF), Brighter Futures Initiative, Child Support, Early Care and Education, Head Start, Child Care and Day Care Certification Programs, Child Welfare, Milwaukee Child Welfare and Integration Programs, Emergency Assistance, Families and Economic Security, Community Service Jobs, Job Access Loans, Adoption and Foster Care Programs, Safety and Permanence Programs (Out-of-Home Care, Safety and Well Being, Program Integrity), Child Placement Services, Child Abuse and Neglect, Protective Services, Kinship Care, Domestic Abuse/Domestic Violence Programs, and other programs administered by the WI Department of Children and Families. Refugee and Immigrant Services (Social Services, Older Refugee, Family Strengthening, Health Services, Preventative Health Services, Mental Health, Refugee Cash and Medical Assistance)	**WI Department of Children and Families** 201 E. Washington Ave, Second Floor P.O. Box 8916 Madison, WI 53708-8916 608-266-5335 (voice) 800-864-4585 (TTY)
Medical Assistance Services, Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare (formerly Food Stamps Program in Wisconsin), TEFAP, SeniorCare, Community Aid, Long Term Care, Mental Health and Substance Abuse, Services to the Deaf and Hard of Hearing, Blind and Visually Impaired and Persons with Disabilities, Family Care, Public Health Services, Community Health Center Programs, WIC (Women, Infants and Children), and other programs administered by the WI Department of Health Services	**WI Department of Health Services** Office of Affirmative Action and Civil Rights Compliance 1 W. Wilson, Room 656 P.O. Box 7850 Madison, WI 53707 608-266-9372 (voice) 608-266-0583 (fax) 888-701-1251 (TTY) or Wisconsin Relay 711
Wisconsin Workforce Investment Act, and other programs administered by the Wisconsin Department of Workforce Development.	**WI Department of Workforce Development** ATTN: Equal Opportunity Officer 201 E. Washington Ave, Room G100 P.O. Box 7972 Madison, WI 53707-7972 608-266-6889 (voice); 866-275-1165 (TDD)
Unsubsidized and Trial Jobs Complaints. Any employment condition as an employee of DCF, DHS and/or DWD funded entities and their subcontractors.	**Equal Rights Office** P.O. Box 8928 Madison, WI 53708 608-266-6860 (voice) : 608-264-8752 (TDD) **Equal Rights Office** 819 North Sixth Street, Room 255 Milwaukee, WI 53203 414-227-4384 (voice); 414-227-4081 (TDD) **U.S. Equal Employment Opportunity Commission** Reuss Federal Plaza 310 West Wisconsin Ave., Suite 800 Milwaukee, WI 53203-2292 800-669-4000 (voice) 414-297-4133 (fax); 800-669-6820 (TTY) **Milwaukee District Office** U.S. Department of Labor, OFCCP Federal Building 310 West Wisconsin Avenue, Suite 1115 Milwaukee, WI 53203 414-297-3821 (voice); 414-297-4038 (fax)

You also have the right to file a formal complaint with a federal agency listed below.

PROGRAM	FEDERAL AGENCY
Formal Discrimination Complaints about any of the above services administered by the Wisconsin Department of Health Services. Formal Discrimination Complaints filed based on the Federal Health Care Providers Conscience Protection Law.	**Office for Civil Rights** **U.S. Department of Health and Human Services** 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019 (voice, toll free) 800-537-7697 (TDD toll free) **U.S. Dept. of Health and Human Services** **Office for Civil Rights – Region V** 233 N. Michigan Ave., Suite 240 Chicago, IL 60601 800-368-1019 (voice, toll free) 312-886-1807 (fax) 800-537-7697 (TDD, toll free)
Formal Discrimination Complaints about any program receiving federal assistance.	**Coordination and Review Section - NWB** **Civil Rights Division** **U.S. Department of Justice** 950 Pennsylvania Avenue, NW Washington, D.C. 20530 888-848-5306 - English and Spanish (ingles y español) 202-307-2222 (voice) 202-307-2678 (TDD) **Title VI Hotline:** 1-888-TITLE-06 (1-888-848-5306) (Voice / TDD) **Disability Complaints:** **U.S. Department of Justice** **Civil Rights Division** 950 Pennsylvania Avenue, NW Disability Rights Section - NYAV Washington, DC 20530 800-514-0301 (voice) 800-514-0383 (TTY) (also in Spanish)
If you wish to file a Civil Rights Program of Discrimination with the USDA for the Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Formerly known as the Food Stamp Program at the Federal level) FoodShare (Formerly known as the Food Stamps in Wisconsin), WIC, TEFAP and the Food Stamp Employment and Training (FSET) Program **complete the USDA Program Discrimination Complaint** found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call 866-623-9992 to request a form.	USDA Director, Office of Adjudication 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 866-632-9992 (request a form) Email: program.intake@usda.gov 800-877-8339 (Federal Relay Services) 800-845-6136 (Spanish)

QUEJA POR DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO O LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

SERVICE DELIVERY OR EMPLOYMENT DISCRIMINATION COMPLAINT

Children and Families	Health Services	Workforce Development
DCF-F-156-E	F-00166	DETS-16707-E (R. 12/2013)

Si necesita ayuda para completar este formulario póngase en contacto con:

Nombre – Coordinador de Igualdad de Oportunidades Joyce Roling	Teléfono (Voz) 608-723-2045	Teléfono (TDD)
Nombre del Demandante		Teléfono

Dirección (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

Bases de las quejas por discriminación en la prestación de servicios o en el empleo: En la prestación de servicios, se prohíbe la discriminación sobre las bases siguientes: edad, color, discapacidad, país de origen, religión, creencia política o afiliación, estado civil, situación familiar o parental, identidad de género, orientación sexual, pruebas genéticas, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, represalias por presentar una queja o por ayudar con una queja, por oposición de discriminación en un programa, servicio o actividad realizados o financiados con ayuda federal. Los Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws prohíben que los recipientes de cierta asistencia financiera federal discriminen contra los proveedores de cuidado de salud por causa del rechazo o la disposición del proveedor de participar en los procedimientos de esterilización o abortos, contrario a, o consistente con, las creencias religiosas o convicciones morales del proveedor. Estas protecciones se aplican al empleo como a la prestación de servicios; sin embargo, no todas las bases prohibidas se aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo.

Nombre de la agencia y/o empleado o empleador contra quien la queja es presentada.

Describa la acción o el tratamiento que usted piensa fue discriminatorio. Incluya información sobre quién, qué, cuándo, dónde, cómo, por qué, y los nombres, direcciones y números de teléfono de cualquier testigos, si usted los sabe. Por favor, proporcione la fecha exacta del último incidente. Usted puede escribir en otra hoja de papel si necesita más espacio. En el espacio de abajo, favor de indicar cuantas páginas hay adjuntas, si es necesario añadir páginas.

Descripción de la solución o indemnización que usted desea recibir:

FIRMA – Demandante o Representante del Demandante	Fecha de la firma

Co-authored by: Departments of Children and Families, Health Services; and Workforce Development

Apéndice I

La siguiente información es para que la persona que reciba su queja en la agencia la complete, la examine y le responda a usted.

QUEJA INFORMAL

Fecha recibida	Recibida por	Título

Agencia

Acciones y persona(s) para ser investigadas:

Fallos (Se tienen que completar dentro de 30 días):

Medidas adoptadas:

¿Es necesaria alguna otra medida? ☐ Sí ☐ No
Si responde sí, ¿qué otra medida se recomienda?

Apéndice I,

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA POR DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO O LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS

HOW TO FILE AN EMPLOYMENT OR SERVICE DELIVERY DISCRIMINATION COMPLAINT

Instrucciones para completar una queja por discriminación en el empleo o la prestación de servicio

Si usted siente que se le ha tratado de forma diferente debido a su edad, raza, religión, color, sexo, origen nacional o ascendencia, discapacidad o asociación con una persona que tiene una discapacidad, antecedentes penales o registro de convicción, orientación sexual, estado civil o embarazo, creencias o afiliación política, participación militar, uso o no uso de productos legales fuera de los locales del empleador durante las horas que no sean de trabajo, usted podría presentar una queja. Si a usted le fueron negados servicios por error, o si el tratamiento que usted recibió fue separado o diferente al de otros, o si el programa no fue accesible para usted, podría ser discriminación.

IMPORTANTE: Si no le aceptaron su solicitud o le dijeron que usted no era elegible para un programa en particular, PERO usted cree que usted es elegible, pida al proveedor que le dé un panfleto el cual explica cómo solicitar un proceso de apelación de la agencia local o una audiencia administrativa a nivel estatal. Su derecho de apelar a una decisión o a solicitar una audiencia administrativa a nivel estatal no tiene que estar relacionado con una queja por discriminación.

Usted puede presentar una queja informal por discriminación a su empleador o proveedor de servicios, o puede presentar una queja formal con una agencia estatal o federal. Las quejas por discriminación sobre la base de edad en los programas financiados por el U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services (USDA-FNS) tiene que ser presentadas directamente al USDA Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. La queja se remitirá a la FNS Regional OCR (Office of Civil Rights) adecuada dentro de cinco (5) días hábiles después de recibida. Nadie puede amenazarlo o acosarlo por poner una queja. Nadie puede amenazar o acosar a sus testigos porque están dispuestos a decir lo que vieron, escucharon o experimentaron. Las quejas presentadas bajo los Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws tiene que ser presentadas directamente con el HHS Office of Civil Rights.

Todas las quejas formales tienen que ser presentadas en un plazo de 180 días del suceso o trato que usted piensa fue discriminatorio. Sin embargo, usted debe presentar la queja tan pronto como sea posible después del suceso. SÍ usted presenta una queja informal y no está satisfecho con el resultado, todavía puede presentar una queja formal siempre y cuando lo haga en un plazo de 180 días a partir de la presunta discriminación. No espere hasta después de los 180 días para recibir una respuesta a su queja informal si está planeando presentar una queja formal.

Para presentar una queja informal por discriminación a su proveedor o empleador, solicite un formulario de queja través del Coordinador de Igualdad de Oportunidades (*Equal Opportunity Coordinator*) al _____ o TDD _____.

Envíe el formulario completo al Coordinador de Igualdad de Oportunidades de su proveedor. Encontrará el nombre del Coordinador en este formulario.

Si usted desea presentar una queja formal por discriminación, puede enviar el formulario de queja directamente a una de las oficinas estatales o federales apropiadas que aparecen en la lista de las páginas a continuación. Incluya una carta que indique que está presentando una queja formal con su agencia como la fuente de financiación. El personal de esa agencia investigará su queja y le responderá dentro de 90 días.

Apéndice I,

Presente quejas formales por discriminación sobre estos servicios con la agencia estatal que se indica a continuación.

PROGRAMA	AGENCIA ESTATAL
Wisconsin (WI) Works (W-2), (W-2) Transitions, Temporary Assistance to Needy Families (TANF), Brighter Futures Initiative, Child Support, Early Care and Education, Head Start, Child Care and Day Care Certification Programs, Child Welfare, Milwaukee Child Welfare and Integration Programs, Emergency Assistance, Families and Economic Security, Community Service Jobs, Job Access Loans, Adoption and Foster Care Programs, Safety and Permanence Programs (Out-of-Home Care, Safety and Well Being, Program Integrity), Child Placement Services, Child Abuse and Neglect, Protective Services, Kinship Care, Domestic Abuse/Domestic Violence Programs, and other programs administered by the WI Department of Children and Families. Refugee and Immigrant Services (Social Services, Older Refugee, Family Strengthening, Health Services, Preventative Health Services, Mental Health, Refugee Cash and Medical Assistance)	**WI Department of Children and Families** 201 E. Washington Ave, Second Floor P.O. Box 8916 Madison, WI 53708-8916 608-266-5335 (voz) 800-864-4585 (TTY)
Medical Assistance Services, Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare (formerly Food Stamps Program in Wisconsin), TEFAP, SeniorCare, Community Aid, Long Term Care, Mental Health and Substance Abuse, Services to the Deaf and Hard of Hearing, Blind and Visually Impaired and Persons with Disabilities, Family Care, Public Health Services, Community Health Center Programs, WIC (Women, Infants and Children), y otros programas administrados por el WI Department of Health Services	**WI Department of Health Services** Office of Affirmative Action and Civil Rights Compliance 1 W. Wilson, Room 656 P.O. Box 7850 Madison, WI 53707 608-266-9372 (voz) 608-266-0583 (fax) 888-701-1251 (TTY) or Wisconsin Relay 711
Wisconsin Workforce Investment Act, y otros programas administrados por el Wisconsin Department of Workforce Development.	**WI Department of Workforce Development** ATTN: Equal Opportunity Officer 201 E. Washington Ave, Room G100 P.O. Box 7972 Madison, WI 53707-7972 608-266-6889 (voz); 866-275-1165 (TDD)
Quejas para Trabajos sin Subsidios o de Prueba (Unsubsidized and Trial Jobs Complaints). Cualquier condición de trabajo como empleado del DCF, DHS y/o entidades financiadas del DWD y sus subcontratistas.	**Equal Rights Office** P.O. Box 8928 Madison, WI 53708 608-266-6860 (voz) 608-264-8752 (TDD) **Equal Rights Office** 819 North Sixth Street, Room 255 Milwaukee, WI 53203 414-227-4384 (voz); 414-227-4081 (TDD) **U.S. Equal Employment Opportunity Commission** Reuss Federal Plaza 310 West Wisconsin Ave., Suite 800 Milwaukee, WI 53203-2292 800-669-4000 (voz) 414-297-4133 (fax); 800-669-6820 (TTY) **Milwaukee District Office** U.S. Department of Labor, OFCCP Federal Building 310 West Wisconsin Avenue, Suite 1115 Milwaukee, WI 53203 414-297-3821 (voz); 414-297-4038 (fax)

Apéndice I,

Usted también tiene derecho a presentar una queja formal ante la agencia federal que se indica a continuación.

PROGRAMA	AGENCIAS FEDERALES
Quejas Formales sobre cualquiera de los servicios anteriores administrados por el Wisconsin Department of Health Services. Quejas Formales por Discriminación basadas en el Federal Health Care Providers Conscience Protection Law.	**Office for Civil Rights** **U.S. Department of Health and Human Services** 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 800-368-1019 (voz, línea gratis) 800-537-7697 (Línea gratis de TDD) **U.S. Dept. of Health and Human Services** **Office for Civil Rights – Region V** 233 N. Michigan Ave., Suite 240 Chicago, IL 60601 800-368-1019 (voz, línea gratis) 312-886-1807 (fax) 800-537-7697 (Línea gratis de TDD)
Quejas Formales por Discriminación sobre cualquier programa que reciba asistencia financiera.	**Coordination and Review Section - NWB** **Civil Rights Division** **U.S. Department of Justice** 950 Pennsylvania Avenue, NW Washington, D.C. 20530 888-848-5306 - inglés y español) 202-307-2222 (voz) 202-307-2678 (TDD) **Línea gratis del Title VI:** 1-888-TITLE-06 (1-888-848-5306) (Voz / TDD) **Disability Complaints:** **U.S. Department of Justice** **Civil Rights Division** 950 Pennsylvania Avenue, NW Disability Rights Section - NYAV Washington, DC 20530 800-514-0301 (voz) 800-514-0383 (TTY) (también disponible en español)
Si desea presentar una queja del Civil Rights Program of Discrimination con el USDA para el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (Anteriormente conocido como el Food Stamp Program a nivel estatal) FoodShare (Anteriormente conocido como el Food Stamp Program en Wisconsin), WIC, TEFAP y el programa Food Stamp Employment and Training (FSET) **complete el USDA Program Discrimination Complaint** que se encuentra por Internet en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al 866-623-9992 para solicitar un formulario.	USDA Director, Office of Adjudication 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 866-632-9992 (solicite un formulario) Email: program.intake@usda.gov 800-877-8339 (Federal Relay Services) 800-845-6136 (Español)

CONSENTIMIENTO DE QUEJA / FORMULARIO DE DIVULGACIÓN

COMPLAINANT CONSENT / RELEASE FORM

Children and Families	Health Services	Workforce Development
DCF-F-157S	F-00167S (12/2013)	DETS-16708S-E

Nombre del Demandante			Fecha (mes/día/año)	
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal
Número de Teléfono	Número de Celular	Dirección de Correo Eletrónico (Email)		

Programa(s) para el que el Formulario de Consentimiento/Divulgación aplica

Por favor, lea la siguiente información, ponga sus iniciales en el espacio apropiado, firme y feche este formulario.

He leído el Aviso sobre los Usos de la Investigación de Información Personal de DCF, DHS o DWD. Como demandante, entiendo que en el el curso de la indagación o investigación preliminar puede ser necesario para DCF, DHS o DWD revelar mi identidad a personas en la organización o institución bajo investigación. También estoy cosciente de la obligación que tienen DCF, DHF o DWD para honrar peticiones en virtud de la Ley de la Libertad de Información (*Freedom of Information Act*). Entiendo que podría ser necesario que DCF, DHS o DWD divulgue información, incluyendo los detalles de identificación personal que hayan sido reunidos como parte de la indagación o investigación preliminar de mi queja. Además, entiendo que, como demandante, estoy protegido por regulaciones federales de intimidación y represalia por haber tomado o participado en una acción para garantizar los derechos protegidos por las leyes de no discriminación impuestas por el gobierno federal.

CONSENTIENTO / DIVULGACIÓN

AUTORIZACIÓN CONCEDIDA - He leído y entendido la información anterior y autorizo a DCF, DHS o DWD a revelar mi identidad a las personas en la organización o institución bajo investigación y a otras agencias federales que proporcionan ayuda financiera federal a la organización o institución o que también reciben supervisión del cumplimiento de los derechos civiles que cubren dicha organización o institución. Yo autorizo a DCF, DHS o DWD a recibir material e información sobre mí pertinente a la investigación de mi queja. Esto incluye, pero no está limitado a, aplicaciones, archivos, registros personales, y / o registros médicos. Yo entiendo que el material y la información se utilizarán para el cumplimiento de los derechos civiles autorizados y las actividades de aplicación. Además, entiendo que no estoy obligado a autorizar este comunicado, y lo hago de forma voluntaria. Ponga sus iniciales en esta línea si usted da su consentimiento:___ *(Iniciales)*.

CONSENTIMIENTO NEGADO - He leído y entendido la información y no quiero que DCF, DHS o DWD revele mi identidad a la organización o institución bajo investigación, o que revisen, reciban copias o discutan material e información de consentimiento relacionado conmigo, relativos a la investigación sobre mi queja. Entiendo que es probable que esto haga la investigación sobre mi queja y obtener todos los hechos más difícil y, en algunos casos, imposible, y puede resultar en el cierre de la investigación. Ponga sus iniciales en esta línea si usted no da su consentimiento: ___ *(Iniciales)*.

FIRMA del Demandante o Representante del Demandande	Fecha de la Firma (mes/día/año)

UA NTAWV TSIS TXAUS SIAB RAU KEV NTXUB NTXAUG CAIS NEEG HAUV KEV PAB CUAM LOS YOG KEV UA HAUJ LWM

SERVICE DELIVERY OR EMPLOYMENT DISCRIMINATION COMPLAINT

Children and Families	Health Services	Workforce Development
DCF-F-156-E	P-00166	DETS-16707-E (R. 12/2013)

Yog koj xav tau kev pab ua daim ntawv no, hu rau los yog mus ntsib:

Tus Xyuas Kev Muab Vaj Huam Sib Luag (Equal Opportunity Coordinator) Joyce M. Roling	Xov Tooj (Suab) 608-723-2045	Xov Tooj (TDD)
Tus Tsis Txaus Siab Lub Npe (Name of Complainant)	Xov Tooj	

Chaw Nyob (number, txoj kev, lub zos, lub xeev, zip code)

Tsis Txaus Siab Rau Kev Ntxub Ntxaug Cais Neeg Tawm Hauv Kev Pab Cuam los yog Kev Ua Hauj Lwm (Basis for Service Delivery or Employment Discrimination Complaint:) Nyob hauv kev pab cuam, txwv tsis pub ntxub ntxaug muab ib tus twg cais tawm vim nws nyob rau cov nqe lus no: hnub nyoog, tsos nqaij daim tawv, muaj mob xiam oob qhab, keeb kwm teb chaws, kev ntseeg, ntseeg los yog koom nrog ib fab kev tswj hwm teb chaws txawv, muaj txij nkawm los tsis muaj, muaj tsev neeg los yog muaj niam muaj txiv los tsis muaj, haiv neeg, poj niam/txiv neej, nws hais tias nws yog poj niam los txiv neej (gender identity), kev plees kev yi txawv, kev kuaj caj ces/noob, los yog tag nrho los yog ib feem ntawm ib tug tib neeg cov nyiaj tau los yog tau los ntawm ib qho kev pab cuam twg, ua pauj txiaj ntsim rau qhov nws tau ua ntawv tsis txaus siab, los yog tau pab ib tus ua ntawv tsis txaus siab, tsis nrog pom zoo rau kev ntxub ntxaug cais neeg tawm nyob rau hauv ib qhov kev pab cuam coj ua los yog tau foom fwbv teb chaws nyiaj pab.

Nyob hauv kev ua hauj lwm, txwv tsis pub ntxub ntxaug muab ib tus twg cais tawm vim nws nyob rau cov nqe lus no: hnub nyoog (tshaj 40), keeb kwm teb chaws los yog poj koob yawm txwv, raug ntes raug kaw, tsos nqaij daim tawv, kev ntseeg, muaj mob xiam oob qhab los yog koom nrog ib tus neeg xiam oob qhab, kuaj kom paub caj ces/noob (genetic testing), sim txog kev ncaj ncees (honesty testing), muaj txij nkawm los tsis muaj, cev xeeb tub los yog tau me nyuam, ua tub rog, poj niam/txiv neej, kev plees kev yi txawv, siv los yog tsis siv tej khoom tsis txhaum cai uas tsis yog nyob ntawm tus tswv hauj lwm thaj chaw thaum tsis yog lub sij hawm ua hauj lwm. Tsis pub zes los yog thab cov neeg ua hauj lwm hauv qhov chaw ua hauj lwm los ntawm qhov lawv yog cov uas muaj txoj cai pab tiv thaiv lawv los yog tsis pub ua phem rau leej twg kom tau pauj txiaj ntsim rau qhov nws tau ua ntawv tsis txaus siab, tau pab lwm tus ua ntawv tsis txaus siab, los yog tau tawm tsam txoj kev ntxub ntxaug cais neeg hauv qhov chaw ua hauj lwm. Tsoom Fwv Teb Chaws Cov Cai Tiv Thaiv Cov Muab Kev Pab Kho Mob (Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws) txwv cov neeg tau txais nyiaj ntawm tsoom fwv teb chaws ib txhia nyiaj pab los ntawm qhov cais neeg tsis raws cai rau cov muab kev pab kho mob vim tus muab kev kho mob tsis kam los yog tsis tuaj yeem los mus koom rau hauv kev txiav hlab kom txhob muaj taus me nyuam cov txheej txheem los yog kev rho me nyuam tsis thooj li los yog raws nkaus li tus neeg muab kev kho mob cov kev ntseeg kev cai dab qhuas los yog lub siab ntseeg tuag nthi. Cov kev tiv thaiv no siv rau kev ua hauj lwm thiab muab kev pab cuam; li cas los, tsis yog tag nrho cov kev txwv yuav siv rau tag nrho cov kev pab cuam thiab/los yog cov kev ua hauj lwm.

Lub npe ntawm qhov chaw khiav hauj lwm thiab/los yog lwm tus neeg ua hauj lwm los yog tus tswv hauj lwm uas daim ntawv tsis txaus siab no ua foob nws.

Piav kom meej qhov uas lawv ua rau koj ntawd uas koj ntseeg tias yog nxtub ntxaug cais neeg. Muab kom tau xws li nws yog leej twg, yog dab tsi, thaum twg, nyob qhov twg, ua li cas, vim li cas, thiab yog muaj neeg ua pov thawj lub sij hawm ntawd no muab kom tau lawv lub npe, chaw nyob thiab xov tooj. Hais kom meej seb qhov teeb meem tshwm sim hnub twg. Yog qhov chaw hauv qab no tsis txaus sau koj cov lus, koj muab mus sau ntxiv rau ib daim ntawv tshiab los tau. Nyob rau qhov chaw hauv qab no, qhia seb muaj pes tsawg phab ntawv ntxiv uas muab tom ua ke nrog daim no.

Piav seb yuav kom daws qhov teeb meem li cas thiaj tau raws li koj siab nyiam (Description of the relief or satisfaction you want):

Tus Neeg Tsis Txaus Siab los yog nws Tus Sawv Cev Kos Npe	Hnub Kos Npe (mm/dd/yyyy)

Cov lus hauv qab no yog cia rau qhov chaw uas koj tsis txaus siab rau ua tus teb xa rov qab rau koj.

UA NTAWV TSIS TXAUS SIAB

Hnub Txais Tau	Tus Neeg Txais Daim Ntawv Lub Npe	Nws Tuav Hauj Lwm Dab Tsi (Title)

Qhov Chaw Lub Npe (Agency)

Cov Hauj Lwm Yuav Nqes Tes Ua thiab Cov Neeg Uas Yuav Raug Nug Txog Qhov Teeb Meem (Actions and Individual(s) to be Investigated:)

Tshawb Tau Dab Tsi (Findings) (Yuav tsum ua kom tiav tsis pub dhau 30 hnub):

Cov Hauj Lwm Tau Nqes Tes Ua Lawm (Action Taken:)

Puas Tshuav Dab Tsi Yuav Ua Ntxiv? (Further Action Required?) ☐ Tshuav ☐ Tsis Tshuav
Yog Tshuav, yog dab tsi?

YUAV UA NTAWV TSIS TXAUS SIAB RAU KEV NTXUB NTXAUG CAIS NEEG HAUV KEV UA HAUJ LWM LOS YOG KEV PAB CUAM Li CAS

HOW TO FILE AN EMPLOYMENT OR SERVICE DELIVERY DISCRIMINATION COMPLAINT

Cov Lus Qhia Ua Daim Ntawv Tsis Txaus Siab Rau Kev Ntxub Ntxaug Cais Neeg Hauv Kev Ua Hauj Lwm Los Yog Kev Pab Cuam

Yog koj xav tias luag ua tsis ncaj rau koj vim koj lub hnub nyoog, haiv neeg, kev ntseeg, tsos nqaij daim tawv, poj niam/txiv neej, keeb kwm teb chaws los yog poj koob yawm txwv, muaj mob xiam oob qhab los yog muaj kev koom nrog ib ib tug neeg muaj mob xiam oob qhab, raug ntes raug kaw, kev plees kev yi txawv, muaj txij nkawm los tsis muaj los yog cev xeeb tub, ntseeg los yog koom nrog ib fab kev tswj hwm teb chaws txawv, ua tub rog, siv los yog tsis siv tej khoom tsis txhaum cai uas tsis yog nyob ntawm tus tswv hauj lwm thaj chaw thaum tsis yog lub sij hawm ua hauj lwm, koj yuav ua daim ntawv tsis txaus siab tau. Yog luag tsis kam muab kev pab rau koj raws txoj cai, los yog qhov kev pab koj tau txais ntawd raug muab cais los yog muab tsis thooj li lwm tus, los yog qhov pab koj raug muab faib tsis thooj li lwm tus los sis txawv dua lwm tus li, los yog qhov kev pab cuam ntawd tsis yooj yim rau koj mus cuag tau lawv, tej zaum nws yuav yog lawv ua tsis ncaj lawm tiag.

TSEEM CEEB: Yog luag tsis kam txais koj daim ntawv thov kev pab los yog luag hais rau koj tias koj tsis muaj feem tau txais ib qhov kev pab twg, TIAM SIS koj xav tias koj yeej muaj feem tau txais, nug qhov chaw ua hauj lwm muab kev pab ntawd kom lawv muab daim ntawv qhia txog qhov chaw ua hauj lwm txoj kev pab daws teeb meem tsis txaus siab los yog lub Xeev txoj kev pab taug kev ncaj ncees seb yuav ua li cas. Koj txoj cai thov kom rov qab muab qhov luag tau txiav txim ntawd los sib hais dua los yog thov kom Xeev tsa ib lub rooj taug kev ncaj ncees no nws tsis tas yuav tsum yog tsis txaus siab vim muaj kev ntxub ntxaug cais neeg tsis kam pab xwb.

Qhov ua ntaub ntawv tsis txaus siab los ntawm kev ntxub ntxaug cais neeg no, koj yuav ua xa mus rau koj tus tswv hauj lwm los yog qhov chaw muab kev pab cuam, los yog ua xa mus rau tsoom fwv xeev los yog tsoom fwv teb chaws qhov chaw ua hauj lwm muab kev pab. Cov ntaub ntawv ua tsis txaus siab vim los ntawm hnub nyoog hauv cov kev pab cuam tau nyiaj pab los ntawm U.S Department of Agriculture, Food and Nutrition Services (USDA-FNS) yuav tsum muab ua xa ncaj nraim mus rau USDA Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington D.C. Koj cov ntawv tsis txaus siab yuav muab xa mus rau FNS Regional OCR tsis pub dhau tsib (5) hnub tom qab tau txais daim ntawv tsis txaus siab. Yuav tsis pub ib tus twg tso hem thawj los yog thab zes koj vim koj tau ua ntawv tsis txaus siab. Yuav tsis pub ib tus twg tso hem thawj los yog thab zes koj cov neeg ua pov thawj vim lawv tau tuaj yeem hais raws li qhov lawv tau pom, tau hnov thiab tau ntsib los mus. Cov ntaub ntawv tsis txaus siab ua raws li Tsoom Fwv Teb Chaws Cov Cai Tiv Thaiv Cov Muab Kev Pab Kho Mob (Federal Health Care Provider Conscience Protection Laws) yuav tsum muab xa ncaj nraim mus rau HHS Office of Civil Rights.

Cov ntawv tsis txaus siab yuav tsum ua tsis pub dhau 180 hnub suav txij hnub koj ntseeg tias muaj qhov teeb meem ntxub ntxaug cais neeg los mus. Tab txawm li no los, koj yuav tau ua kom sai li sai tau tom qab qhov teeb meem tshwm sim. YOG koj xub ua ntawv tsis txaus siab mus sib hais rau ntawm koj tus tswv hauj lwm los yog qhov chaw muab kev pab es koj ho tsis txaus siab raws li qhov luag tau txiav txim ntawd, koj tseem muaj cai ua ntawv tsis txaus siab ntxiv mus rau theem siab hauv xeev los yog tsoom fwv teb chaws thiab, tsuav yog koj ua raws lub sij hawm tsis pub dhau xwb. Yog koj yeej npaj yuav ua ntawv tsis txaus siab mus rau theem siab hauv xeev los yog tsoom fwv teb chaws no ces koj tsis tas tos kom tau lus teb los ntawm qhov koj xub ua mus rau koj tus tswv hauj lwm los yog qhov chaw muab kev pab tso.

Yog koj yuav ua daim ntawv tsis txaus siab mus rau koj tus tswv hauj lwm los yog qhov chaw muab kev pab, koj yuav tau thov kom lawv muab ib daim qauv rau koj. Hu rau los yog mus ntsib tus Xyuas Txog Kev Muab Vaj Huam Sib Luag (Equal Opportunity Coordinator) ntawm _____ lossis TDD _____. Tom qab muab daim qauv los yog daim form ua tiav lawm, rov qab muab xa mus rau tus Xyuas Txog Kev Muab Vaj Huam Sib Luag. Nws tus xov tooj yuav tsum muaj nyob rau ntawm daim form no.

Yog koj xav ua daim ntawv tsis txaus siab mus rau theem siab hauv xeev los yog tsoom fwv teb chaws, koj yuav tau xa ncaj nraim mus rau tsoom fwv xeev los yog tsoom fwv teb chaws qhov chaw ua hauj lwm uas tau muab teev rau nplooj ntawv phab tom qab no. Nrog rau tsab ntawv tsis txaus siab no koj yuav tau sau ib daim hais qhia rau lawv tias koj tsis txaus siab rau ib qhov chaw ua hauj lwm muab kev pab los yog ib tus tswv hauj lwm uas tau nyiaj ntawm lawv los khiav hauj lwm pab sawv daws. Cov neeg khiav hauj lwm hauv xeev los yog tsoom fwv teb chaws yuav ua ntawv tuaj qhia rau koj paub tsis pub dhau 90 hnub seb qhov teeb meem muab daws li cas lawm.

Ua ntawv tsis txaus siab txog cov kev pab cuam no xa mus rau lub xeev qhov chaw khiav hauj lwm teev hauv qab no.

KEV PAB CUAM (PROGRAM)	TSOOM FWV XEEV COV CHAW KHIAV HAUJ LWM (STATE AGENCY)
Wisconsin (WI) Works (W-2), (W-2) Transitions, Temporary Assistance to Needy Families (TANF), Brighter Futures Initiative, Child Support, Early Care and Education, Head Start, Child Care and Day Care Certification Programs, Child Welfare, Milwaukee Child Welfare and Integration Programs, Emergency Assistance, Families and Economic Security, Community Service Jobs, Job Access Loans, Adoption and Foster Care Programs, Safety and Permanence Programs (Out-of-Home Care, Safety and Well Being, Program Integrity), Child Placement Services, Child Abuse and Neglect, Protective Services, Kinship Care, Domestic Abuse/Domestic Violence Programs, and other programs administered by the WI Department of Children and Families. Refugee and Immigrant Services (Social Services, Older Refugee, Family Strengthening, Health Services, Preventative Health Services, Mental Health, Refugee Cash and Medical Assistance),	**Wisconsin Department of Children and Families** 201 E. Washington Ave, Second Floor P.O. Box 8916 Madison, WI 53708-8916 Voice: (608) 266-5335 TTY: 1-800-864-4585
Medical Assistance Services, Medicaid, BadgerCare Plus, FoodShare (formerly Food Stamps Program in Wisconsin), TEFAP, SeniorCare, Community Aid, Long Term Care, Mental Health and Substance Abuse, Services to the Deaf and Hard of Hearing, Blind and Visually Impaired and Persons with Disabilities, Family Care, Public Health Services, Community Health Center Programs, WIC (Women, Infants and Children), and other programs administered by the WI Department of Health Services.	**Wisconsin Department of Health Services** Office of Civil Rights Compliance 1 W. Wilson, Room 561 P.O. Box 7850 Madison, WI 53707 Voice: (608) 266-9372 TTY: 1-888-701-1251
Wisconsin Workforce Investment Act, thiab lwm cov kev pab cuam uas yog Wisconsin Department of Workforce Development ua tus saib xyuas.	**Wisconsin Department of Workforce Development** ATTN: Equal Opportunity Officer 201 E. Washington Ave, Room G100 P.O. Box 7972 Madison, WI 53707-7972 Voice: (608) 266-6889 TDD: 866-275-1165
Unsubsidized and Trial Jobs Complaints. Tsis txaus siab rau cov chaw khiav hauj lwm uas tau nyiaj los ntawm DCF, DHS los yog DWD (Any employment condition as an employee of DCF, DHS and or DWD funded entities and their subcontractors.)	Equal Rights Office P.O. Box 8928 Madison, WI 53708 Telephone: (608) 266-6860 TDD-Hearing Impaired: (608) 264-8752 Equal Rights Office 819 North Sixth Street, Room 255 Milwaukee, WI 53203 Telephone: (414) 227-4384 TDD: (414) 227-4081 U.S. Equal Employment Opportunity Commission 310 W. Wisconsin Ave., Suite 800 Milwaukee, WI 53203 Telephone: 414-297-1111, TDD: 414-297-1115

	The Office of Federal Contract Compliance U.S. Department of Labor 230 South Dearborn Street Chicago, IL 60603 Telephone: 312-353-2158, TDD: 312-353-2158

Koj tseem muaj cai ua ntawv tsis txaus siab xa mu rau ib qhov chaw khiav hauj lwm ntawm tsoom fwv teb chaws teev nram qab no thiab.

KEV PAB CUAM (PROGRAM)	TSOOM FWV TEB CHAWS COV CHAW KHIAV HAUJ LWM (FEDERAL AGENCY)
Cov ntawv ua tsis txaus siab tsis hais qhov kev pab cuam twg uas tau teev los saum toj no uas yog Wisconsin Department of Health Services ua tus saib xyuas. Cov Ntawv Ua Tsis Txaus Siab raws li Tsoom Fwv Teb Chaws Cov Cai Tiv Thaiv Cov Muab Kev Pab Kho Mob (Federal Health Care Providers Conscience Protection Law).	HHS, Director, Office for Civil Rights Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 (202)-619-0403 (Voice) (202)-619-3257 (TTY) U.S. Dept. of Health and Human Services Office for Civil Rights Region V, 233 N. Michigan Ave. Chicago, IL 60601 Telephone: 312-886-2359, TDD: 315-353-5693
Cov ntawv ua tsis txaus siab tsis hais qhov kev pab cuam twg (Formal Discrimination Complaint about any program.)	U.S. Dept of Justice Civil Rights Division 10th and Pennsylvania Ave., NW Washington, D.C. 20530 Telephone: 202-514-0301, TDD: 800-800-3302
Yog koj xav ua ib daim ntawv tsis txaus siab txog Neeg Cov Cai ntawm Kev Cais Neeg (Civil Rights Program of Discrimination) mus rau qhov kev pab cuam Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) (thaum ub hu ua Food Stamp Program nyob rau theem siab ntawm Tsoom Fwv teb chaws) FoodShare (thaum ub hu ua Food Stamps in Wisconsin), WIC, TEFAP thiab qhov kev pab cuam Food Stamp Employment and Training (FSET) Program, **ua kom tiav daim USDA Program Discrimination Complaint** nrhiav tau online ntawm: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, los yog nyob rau ntawm USDA ib qhov chaw ua hauj lwm, los yog hu rau 866-623-9992 mus thov ib daim foos.	USDA Director, Office of Civil Rights 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 (800)-795-3272 (Voice) (202)-720-6382 (TTY) Food and Consumer Services Civil Rights Program U.S. Department of Agriculture 77 Jackson Boulevard, 20th Floor Chicago, IL 60604 (312)-353-1457(Voice)