

**Demanda por Discriminación en la Prestación de Servicios de Derechos Civiles**  
**CIVIL RIGHTS SERVICE DELIVERY DISCRIMINATION COMPLAINT**

**Uso del formulario:** Este formulario debería usarse cuando se presentan los siguientes tipos de demandas por discriminación: demandas por prestación de servicio (Título VI), ADA y Sección 504. Cuando complete este formulario, remítase a las instrucciones que figuran después del formulario. La información personal que proporcione se puede utilizar para fines secundarios [Ley de privacidad, s. 15.04(1)(m), Leyes de Wisconsin].

---

**SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE**

Nombre - (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal):

Número telefónico – Particular (Incluya el cód. de área)

Número telefónico – Trabajo (Incluya el código de área)

Correo electrónico

---

**SECCIÓN II – INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL DEMANDANTE**

Sí  No ¿Es un representante que presenta esta demanda en nombre de otra persona?  
Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es su relación con el demandante?

Nombre – Representante (Nombre, inicial del segundo nombre, apellido)

Dirección (Calle, ciudad, estado, código postal):

Número telefónico – Particular (Incluya el cód. de área)

Número telefónico – Trabajo (Incluya el código de área)

Correo electrónico

---

**SECCIÓN III – FUNDAMENTO DE LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN**

Creo que he sido discriminado por: (Sólo marque los casilleros que son razones para la demanda de supuesta discriminación.)

Raza  Color  Edad  Género  Discapacidad  Religión  Nacionalidad o ancestros

Otro – especificar:

---

**SECCIÓN IV – INFORMACIÓN SOBRE LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN**

Proporcione información sobre la supuesta discriminación incluyendo nombres de las personas, nombres de las agencias, direcciones y teléfonos (incluyendo el código de área).

---

Enumere las fechas en las que cree que ocurrió la discriminación.

Describa brevemente la supuesta discriminación específica. Si necesita más espacio, adjunte más hojas.

---

**SECCIÓN V – FIRMA DEL DEMANDANTE**

---

Firme y coloque la fecha en la demanda.

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

Sin la información solicitada arriba, la Unidad de Cumplimiento de Derechos Civiles (CRC) de Wisconsin Department of Children and Families (DCF) probablemente no pueda proceder con la investigación de su demanda. Usaremos la información que proporcionó para determinar si tenemos jurisdicción para investigar su demanda. Si la Unidad CRC de DCF tiene jurisdicción para investigar su demanda, usaremos la información que usted proporcionó para comenzar nuestra investigación.

No tiene la obligación de usar este formulario (DCF-F-2466-E). También puede escribir una carta o presentar una demanda por medio electrónico con la misma información. Para presentar una demanda electrónica, comuníquese con DCF Equal Opportunity Officer al (608) 422-6889.

La información presentada en este formulario es tratada de modo confidencial y está protegida en virtud de las disposiciones de la Ley de Privacidad de 1974. Los nombres y otra información que identifican a las personas se divulgan sólo cuando es necesario para la investigación de posible discriminación, para las operaciones de sistemas internos o para otros usos de rutina, que pueden incluir la divulgación de información fuera de DCF para los fines asociados con el cumplimiento de derechos civiles y según lo permitido por la ley.

---

**SECCIÓN VI – INFORMACIÓN OPTATIVA**

---

Proporcionar la información restante en este formulario es optativo. No proporcionar esta información, no afectará el procesamiento de su demanda por parte de DCF.

---

**Asistencia de idioma y facilidades especiales**

---

¿Necesita facilidades especiales para que podamos comunicarnos con usted sobre esta demanda? Marque todos los que correspondan.

- Braille     Letras grande     Correo electrónico  
 Wisconsin Relay Service (WRS)-llame al 711  
 Intérprete de idioma extranjero  
 Idioma principal que habla:  
 Otro – especificar:
- 

**Otras agencias a las que se ha presentado esta demanda**

---

- Sí     No    ¿Ha presentado esta demanda en algún otro lugar?  
Si la respuesta es "Sí", proporcione la siguiente información. Adjunte más hojas si es necesario.
- 

Persona/s, agencia/s, organización/es, nombre/s de los tribunales en los que ha presentado su demanda.

---

---

Fecha/s en las que se presentaron las demandas

---

---

Número/s de causa, si se conocen

---

**Recopilación de datos demográficos**

Para ayudarnos a servir mejor al público, proporcione la siguiente información demográfica sobre usted.

- Etnicidad – Seleccione uno.     Latino     No hispano o latino  
Raza – Seleccione uno o más.     Blanco     Negro o afro-americano     Indígena americano  
   Asiático     Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico  
   Otro – especificar:
- 

¿Cómo se enteró de la Unidad de Cumplimiento de los Derechos Civiles (*Civil Rights Compliance Unit*) de DCF? Especifique.

---

## **CÓMO PRESENTAR UNA DEMANDA POR DISCRIMINACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, otras leyes sobre derechos civiles y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS), reglamentación de implementación – Código 45 de Reglamentaciones Federales (CFR) Parte 80, prohíben la discriminación en la prestación de servicios por parte de las agencias que reciben asistencia financiera federal.

Si siente que ha sido tratado de un modo diferente por su edad, raza, religión, color, sexo, nacionalidad u origen ancestral, discapacidad o asociación con una persona con una discapacidad, puede presentar una demanda por discriminación en la prestación de servicios. Si se le denegaron servicios equivocadamente, o si el tratamiento que recibió fue separado y diferente del de los demás o si el programa no estaba accesible para usted, puede ser discriminación.

Es ilegal que las agencias que reciben asistencia financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS) de los Estados Unidos intimiden, amenacen, coaccionen, discriminen o tomen represalias contra usted por presentar esta demanda o por tomar cualquier otra medida para hacer cumplir sus derechos en virtud de las leyes federales sobre derechos civiles.

**IMPORTANTE:** Si no aceptaron su solicitud de servicios o si se le dijo que no reunía las condiciones para un programa en particular, pero usted cree que sí las reunía, pida al proveedor un panfleto que explique cómo solicitar un proceso de apelación de la agencia local o una revisión de una audiencia administrativa estatal. Su derecho a apelar una decisión o a solicitar una audiencia administrativa no tiene que estar necesariamente relacionado con una demanda por discriminación.

### **¿CÓMO PRESENTAR UNA DEMANDA FORMAL POR DISCRIMINACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS?**

Para presentar una demanda formal por discriminación en la prestación de servicios sobre cualquiera de los programas indicados en este formulario de demanda u otros programas administrados o financiados por el Department of Children and Families, puede completar el formulario DCF Civil Rights Service Delivery Discrimination Complaint (DCF-F-2466-E) y enviarlo por correo a:

Department of Children and Families  
Division of Management Services  
Civil Rights Compliance Unit  
201 W. Washington Ave  
P.O. Box 8916  
Madison, WI 53708-8916

Teléfono: (608) 422-6889  
TTY: 711 (línea gratuita)

También puede presentar una demanda formal a nivel federal ante United States (U.S.) Department of Health and Human Services (DHHS) o U.S. Department of Justice (DOJ) para cualquiera de los programas administrados por Department of Children and Families. Para su conveniencia, su información de contacto figura en la última página de este formulario.

### **¿CUÁLES SON LOS TIEMPOS PARA LA PRESENTACIÓN DE UNA DEMANDA FORMAL?**

Todas las demandas formales se deben presentar dentro de los 180 días del evento o tratamiento que usted sintió fue discriminatorio. Sin embargo, debe presentar la demanda tan pronto sea posible después de que tuvo lugar la acción. Nadie puede amenazarlo ni acosarlo por presentar una demanda. Nadie puede amenazar ni acosar a sus testigos porque están dispuestos a decir lo que vieron, escucharon o experimentaron.

## INSTRUCCIONES SOBRE CÓMO COMPLETAR LA DEMANDA POR DISCRIMINACIÓN

### SECCIÓN I – INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

Proporcione su nombre, dirección, teléfono y otra información de contacto que sea solicitada.

### SECCIÓN II – INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL DEMANDANTE

Los demandantes tienen el derecho de pedir asistencia cuando presentan una demanda por discriminación. El demandante también puede pedirle a alguien que lo represente o acompañe durante todo el proceso de presentación de la demanda. Si está presentando esta demanda por alguien más, coloque en letra de imprenta su nombre, dirección, teléfono y otra información de contacto que se solicite.

### SECCIÓN III – FUNDAMENTO DE LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN

Marque el/los casillero/s que usted cree describen la supuesta discriminación que experimentó.

### SECCIÓN IV – INFORMACIÓN SOBRE LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN

- Proporcione los nombres, direcciones y teléfonos (incluidos los códigos de área) de la/s persona/s y agencia/s que usted cree lo discriminaron.
- Enumere la/s fecha/s en la/s que ocurrió la discriminación.
- Describa brevemente la supuesta discriminación específica. Si necesita más espacio, adjunte más hojas.

### SECCIÓN V – FIRMA DEL DEMANDANTE

Proporcione su firma y la fecha en la que se firmó el formulario para certificar su demanda.

### SECCIÓN VI – INFORMACIÓN OPTATIVA

Es optativo completar las siguientes secciones del formulario.

#### **Asistencia de idioma y facilidades especiales**

Indique si necesita asistencia con el idioma u otras facilidades. Marque todos los que correspondan. Si marcó "Otro", especifique qué facilidades puede necesitar debido a una discapacidad que no esté enumerada.

#### **Otras agencias a las que se ha presentado esta demanda**

Proporcione los nombres de las agencias u organizaciones a las que ha presentado esta demanda. Incluya el/los nombre/s de la/s persona/s involucradas y la fecha en la que se presentó la demanda. Incluya el número de la causa, si lo conoce.

#### **Recopilación de datos demográficos**

Para ayudarnos a servir mejor al público, indique su etnicidad y raza. La información que proporcione será usada para fines estadísticos únicamente para ayudarnos a entender mejor la población a la que servimos.

**AGENCIAS ESTATALES Y FEDERALES PARA LA PRESENTACIÓN DE DEMANDAS DE DCF POR DISCRIMINACIÓN EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS**

| <b>Agencias estatales</b>   | <b>Programas bajo los cuales puede presentar una demanda por discriminación</b>  |
|---|--|
| <p>Department of Children and Families<br/>Division of Management Services<br/>Civil Rights Compliance Unit<br/>201 W.Washington Ave.<br/>P.O. Box 8916<br/>Madison, WI 53708-8916</p> <p>Teléfono:<br/>(608) 422-6889 (Voz)<br/>711 (TTY) (línea gratuita)</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brighter Futures (Futuros Más Brillantes)</li> <li>• Child Care Licensing and Certification (Certificación y Licenciamiento de Cuidado Infantil)</li> <li>• Child Care Subsidy Program (Programa de Subsidio al Cuidado Infantil)</li> <li>• Child Support (Mantenimiento de menores)</li> <li>• Child Welfare (Bienestar del Menor)               <ul style="list-style-type: none"> <li>Adoption (Adopción)</li> <li>Adoption Assistance (Asistencia para la adopción)</li> <li>Child Protective Services (Servicio de Protección a Menores)</li> <li>Child Welfare Licensing (Licenciamiento del Bienestar del Menor)</li> <li>Domestic Abuse Programs (Programas de Abuso Doméstico)</li> <li>Foster Care (Cuidado Sustituto)</li> <li>Independent Living (Vivienda Independiente)</li> <li>Kinship Care (Cuidado Familiar)</li> <li>Milwaukee Child Welfare (Bienestar del Menor de Milwaukee)</li> <li>Out-of-Home Care (Cuidado Fuera de la Casa)</li> </ul> </li> <li>• Head Start Program (Programa Head Start)</li> <li>• Refugee Programs (including Refugee Cash Assistance and Refugee Medical Assistance) Programas para Refugiados (incluida la Asistencia de Efectivo para Refugiados y la Asistencia Médica para Refugiados)</li> <li>• Wisconsin Works (W-2) Programs (Programas Wisconsin Works - W-2)               <ul style="list-style-type: none"> <li>Community Service Jobs (CSJ) (Trabajos de Servicio Comunitario)</li> <li>Emergency Assistance (EA) (Asistencia para Emergencias)</li> <li>Job Access Loans (JAL) (Préstamos para Acceso Laboral)</li> <li>Real Work Real Pay (RWRP) (Trabajo Real Pago Real)</li> <li>Trial Jobs (Trabajos de Prueba)                   <ul style="list-style-type: none"> <li>(Use este formulario, DCF-F-2466-E, para una demanda por prestación de servicio únicamente. Use el formulario DCF Employment Discrimination, DCF-F-2468-E para presentar una demanda por discriminación en el empleo).</li> </ul> </li> <li>W-2 Transition (W-2T) (Transición W-2)</li> </ul> </li> </ul> |
| <b>Agencias federales</b>   | <b>Programas por los que puede presentar una demanda por discriminación</b>  |

Office for Civil Rights, DHHS  
Region V  
233 N. Michigan Avenue, Suite 240  
Chicago, IL 60601

Telephone:  
1(800) 368-1019 (Voice)  
1(800) 537-77697 (TDD)

U.S. Department of Justice  
Civil Rights Division  
Coordination and Review Section - NWB  
950 Pennsylvania Avenue, NW  
Washington, D.C. 20530

Telephone:  
(888) 848-5306 (English and Spanish [ingles y español])  
(202) 307-2222 (Voice)  
(202) 307-2678 (TDD)

Los clientes que reciben servicios de cualquier programa administrado o financiado por Department of Children and Families también pueden presentar una demanda formal ante United States(U.S.) Department of Health and Human Services (DHHS) y ante U.S. Department of Justice (DOJ)