

**FORMULARIO DE QUEJAS POR DISCRIMINACIÓN
EN EL EMPLEO O LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS
SERVICE DELIVERY OR EMPLOYMENT DISCRIMINATION COMPLAINT**

If you need help completing this form please contact:

Coordinador de Igualdad de Oportunidades Nickijo Hager	Número de Teléfono (608) 392-9440	Número de Teléfono (TDD) () -
Nombre del Reclamante	Número de Teléfono () -	
Dirección (Número, Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)		

Bases para queja por discriminación en la prestación de servicios o el empleo : En la prestación de servicios, se prohíbe la discriminación sobre la base siguiente: edad, color, discapacidad, origen nacional, religión, opinión política o de afiliación (se aplican a los programas de USDA-FNS solamente), raza, sexo o represalias por presentar una queja, o por ayudar con una queja, por oposición de discriminación en un programa, servicio o actividad.

La discriminación en el empleo está prohibida sobre la base de: edad (mayor de 40), origen nacional o ascendencia, antecedentes penales, registro de convicción, color, credo o religión, discapacidad o asociación con una persona con una discapacidad, pruebas genéticas, pruebas de honestidad, estado civil, embarazo o parto, servicio military, raza, sexo, orientación sexual, uso o no uso de productos legales fuera de los locales del empleador durante las horas que no sean de trabajo. Los empleados no pueden ser molestados en el lugar de trabajo basado en su estatus de protección ni tomar represalias en su contra por presentar una queja, para ayudar con una denuncia, o por oponerse a la discriminación en el lugar de trabajo.

Nombre de la Agencia y/o del Empleado Contra Quien se Presentó la Queja.

Describir 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 los 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 Ud. desea: _____

FIRMA del Demandante o Representante del Demandante

Fecha de la Firma

The information below is to be completed by Franciscan Skemp Healthcare and will respond to the complainant.

INFORMAL COMPLAINT FORM

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?
