



QUEJA DEL CLIENTE/SOLICITANTE POR DISCRIMINACIÓN

El Departamento de Servicios Sociales de Missouri (DSS, por sus siglas en inglés) presta servicios sin discriminación. Se prohíben las diferencias de trato en la prestación de servicios por motivos de raza, color, nacionalidad/ascendencia, sexo (incluidos el embarazo y la identidad de género), orientación sexual, edad, discapacidad, religión, condición de veterano o convicciones políticas (únicamente en lo que respecta a los beneficios de Cupones de Alimentos). Si cree que se le ha discriminado en la prestación de servicios administrados por el DSS, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) del DSS completando este formulario y enviándolo a:

Missouri Department of Social Services
Human Resource Center, Office for Civil Rights
P.O. Box 1527
Jefferson City, MO 65102-1527
O por correo electrónico a HRC.OCR@dss.mo.gov

Sección uno: Información del cliente/solicitante

Nombre	Número de teléfono celular/personal	Número de teléfono de la oficina
Dirección postal (calle, ciudad, estado, código postal)		Número del seguro social

Sección dos: Queja

Cree que la diferencia de trato se basó en su:

- Raza Color Nacionalidad/Ascendencia Sexo Orientación sexual Edad Discapacidad
 Religión Condición de veterano Convicciones políticas (solo con respecto a los beneficios de Cupones de Alimentos)

Describa qué ocurrió para que crea que se le trató de forma diferente a otros clientes/solicitantes y la fecha en que ocurrió el incidente o los incidentes. Especifique lo máximo posible. (Use hojas adicionales si es necesario).

Explique por qué cree que su pertenencia a una o más de las categorías protegidas enumeradas anteriormente fue la razón de la diferencia de trato. (Use hojas adicionales si es necesario).

Indique el nombre del organismo del DSS y/o de la(s) persona(s) responsable(s) de la supuesta diferencia de trato.	
División / Unidad / Nombre de la(s) persona(s)	
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	
Persona(s) implicada(s)	
¿Informó de lo que le ocurrió a alguien de ese organismo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el nombre de la(s) persona(s) con la(s) que habló y lo que le(s) comunicó.	
¿Conoce a alguien más que haya recibido el mismo trato que usted o que haya presenciado lo que le ocurrió? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el nombre de la(s) persona(s), su dirección y número de teléfono y un resumen de lo que le(s) ocurrió.	
Firma del cliente/solicitante	Fecha

Sección tres: Información del empleado del DSS

El empleado debe completar el formulario y enviarlo a su supervisor inmediato. El supervisor inmediato es responsable de remitirlo a la OCR en un plazo de cinco días laborables.

Nombre del empleado	Cargo	Número de teléfono de la oficina
División	Dirección de la oficina/centro	Condado de trabajo
Fecha en que se recibió la queja del cliente/solicitante	Fecha en que se proporcionó el formulario al cliente/solicitante	
Firma del supervisor	Fecha	

Proporcione una descripción general de la conversación con el cliente/solicitante. (Adjunte las quejas por escrito).