

## Queja por discriminación

Es parte de la política del Department of Licensing (DOL) cumplir todas las leyes, reglamentos y órdenes ejecutivas federales y estatales pertinentes relacionados con los derechos civiles en la prestación de servicios y el acceso a las instalaciones para el público. Si usted considera que el DOL pudo haberlo discriminado al proporcionarle acceso a las instalaciones o servicios públicos del DOL, el DOL desea conocer su opinión. Conteste este formulario y envíelo a:

**Civil Rights Compliance Coordinator**  
**Department of Licensing**  
**PO Box 9032**  
**Olympia, WA 98507**

Correo electrónico: [CivilRtsCoord@dol.wa.gov](mailto:CivilRtsCoord@dol.wa.gov)

Número de teléfono: 844.200.4466

<b>Información de contacto:</b> en caso de que necesitemos comunicarnos con usted		Número de rastreo (solo para uso del DOL)
Su nombre	Número de teléfono de 10 dígitos disponible durante el día	Correo electrónico
Dirección de casa ( <i>dirección, ciudad, estado, código postal</i> )		

### Información del incidente

Fecha del incidente ( <i>mm/dd/aaaa</i> )	Hora aproximada del incidente <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Lugar del incidente
Razón o tipo de queja ( <i>elija todo lo que corresponda</i> )		¿Ha presentado una queja ante otra agencia sobre este incidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es "Sí," ¿ante qué agencia? _____
<input type="checkbox"/> Raza o color	<input type="checkbox"/> Sexo	
<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Edad	
<input type="checkbox"/> Bajos ingresos	<input type="checkbox"/> Nacionalidad o dominio limitado del inglés	
<input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		
Descripción del incidente ( <i>explique qué sucedió</i> )		
Indique cualquier documento de respaldo respecto al incidente y adjúntelo a este formulario.		

### Personas involucradas, si corresponde

Nombre de la persona que considera que lo discriminó	Puesto	Número de teléfono de 10 dígitos
Nombre de la persona que considera que lo discriminó	Puesto	Número de teléfono de 10 dígitos
Nombre de la persona que considera que lo discriminó	Puesto	Número de teléfono de 10 dígitos
Nombre del testigo del incidente		Número de teléfono de 10 dígitos
Nombre del testigo del incidente		Número de teléfono de 10 dígitos
Nombre del testigo del incidente		Número de teléfono de 10 dígitos

**X**

Firma

Fecha