SOUTH CAROLINA DEPARTMENT OF PUBLIC HEALTH

FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN

Puede completar este formulario para presentar un reclamo ante el Departamento de Salud Pública de Carolina del Sur (South Carolina Department of Public Health, DPH) si cree que lo han discriminado por motivos de edad, discapacidad, condición de veterano, raza, color, sexo, embarazo, religión, información genética, nacionalidad, identidad de género, orientación sexual o rechazo a brindar servicios de interpretación o de traducción. No es necesario que use este formulario para hacer un reclamo. Puede presentar un reclamo por escrito ante cualquier oficina local del DPH, por correo postal a la Oficina de Cumplimiento del DPH, 2100 Bull Street, Columbia, SC 29201, por correo electrónico a compliance@dph.sc.gov o por teléfono al 1-888-843-3718. Si decide hacer su reclamo por carta, por correo electrónico o por teléfono, proporcione toda la información que se solicita en este formulario. Puede enviar su reclamo de manera anónima; sin embargo, el DPH no podrá contactarlo para obtener más información o para informarle acerca de la resolución de su reclamo. Escriba a máquina o con letra de imprenta toda la información de manera clara y utilice páginas adicionales si necesita más espacio.

1. Nombre de la persona que presenta el reclamo:

Apellido: _____ Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____Condado: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

2. Nombre de la persona discriminada (si es distinto al de la persona que presenta el reclamo):

Apellido: _____ Nombre: _____
Inicial del segundo nombre: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____Condado: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono del trabajo: _____

Correo electrónico: _____

3. Lugar del hecho:

Oficina: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____Condado: _____

Programa/Área de servicio: _____

4. Fechas del hecho: _____

5. Nombres de los empleados involucrados en el hecho (si sabe/si corresponde):

_____ _____

_____ _____

6. Fundamentos para la acusación de discriminación (marque todas las opciones que correspondan):

____ Edad

____ Color

____ Rechazo a brindar servicios de interpretación

____ Rechazo a brindar servicios de traducción

____ Discapacidad

____ Identidad de género

____ Información genética

____ Nacionalidad

____ Embarazo

____ Raza

____ Religión

____ Sexo

____ Orientación sexual

____ Condición de veterano

7. Describa brevemente el hecho:

Fecha: _____ Firma: _____

Instrucciones para completar un formulario de reclamo por discriminación — 2780-ENG-DPH

Objetivo:
Cumplir con las pautas federales y proporcionar una vía a través de la cual los miembros de la población puedan presentar reclamos por discriminación ante el departamento.

Público:
Miembros de la población

Las instrucciones se incluyen en el formulario debido a que este está destinado al uso público.

Mecanismos de la oficina:
Los formularios deben conservarse por 6 años luego de la resolución del reclamo, de acuerdo con el cronograma de conservación de los archivos de la Oficina de Cumplimiento (17208).