



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS  
DEL CONDADO DANE  
FORMULARIO DE RECLAMO**

Devuelva el formulario completo al: Oficina del Director, 1202 Northport Drive,  
Madison, WI 53704

**INFORMACION DE QUIEN PRESENTA EL RECLAMO:**

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Ciudad, Estado, Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Teléfono en Casa:** \_\_\_\_\_ **Teléfono del Trabajo:** \_\_\_\_\_

*Describa su reclamo abajo (si usted necesita más espacio, use la parte de atrás o utilice hojas adicionales). Declare todos los hechos, incluyendo la fecha y hora del incidente, lugar del incidente, nombre de los otros individuos involucrados, testigos (si hubieran), qué acciones ha tomado hasta el momento y la acción que desea que el Departamento tome.*

Firma de la persona que presenta el reclamo: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SOLO PARA USO OFICIAL**

PROBLEMAS INVOLUCRADOS

Discriminación

Trato

Acceso a Servicios

Acoso

Otro (Especificar)