



**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)