



Puede completar este formulario para presentar un reclamo ante el **DPH** de Carolina del Sur (South Carolina Department of **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 200 Bull Street, Columbia, SC 29201, por correo electrónico a [compliance@dph.sc.gov](mailto: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):**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Edad  | <input type="checkbox"/> Discapacidad         | <input type="checkbox"/> Raza                  |
| <input type="checkbox"/> Color   | <input type="checkbox"/> Identidad de género  | <input type="checkbox"/> Religión              |
| <input type="checkbox"/> Rechazo a brindar servicios de interpretación | <input type="checkbox"/> Información genética | <input type="checkbox"/> Sexo                  |
| <input type="checkbox"/> Rechazo a brindar servicios de traducción     | <input type="checkbox"/> Nacionalidad         | <input type="checkbox"/> Orientación sexual    |
|  | <input type="checkbox"/> Embarazo             | <input type="checkbox"/> 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).