



Formulario de queja/apelación por discriminación

Es política del WDFW (Washington Department of Fish and Wildlife, Departamento de Pesca y Vida Silvestre de Washington) cumplir con todas las leyes, regulaciones y órdenes ejecutivas federales y estatales correspondientes relacionadas con los derechos civiles para la prestación de servicios y el acceso del público a las instalaciones. Si cree que el WDFW lo ha discriminado al brindarle acceso a las instalaciones, programas, actividades o servicios públicos del WDFW, el WDFW quiere saber sus comentarios. Complete este formulario y envíelo por correo postal a:

Title VI Compliance Coordinator
Washington Department of Fish and Wildlife
PO Box 43139
Olympia, WA 98504

Número de teléfono: 833-885-1012

Correo electrónico: Title6@dfw.wa.gov

Número de rastreo (para uso exclusivo del WDFW)

Información de contacto: En caso de que necesitemos comunicarnos con usted

Su nombre	(Código de área) Teléfono durante el día	Correo electrónico
Dirección de residencia (Domicilio, ciudad, estado, código postal)		

Información del incidente

Fecha del incidente (mm/dd/aaaa)	Hora aproximada del incidente <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m.	Lugar del incidente
Fundamento o tipo de queja (seleccione todas las que apliquen) <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"/> Origen nacional o dominio limitado del inglés <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		¿Presentó alguna queja ante otra agencia por este incidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si su respuesta es "Sí", ¿qué agencia? _____
Descripción del incidente (explique lo que ocurrió)		
Proporcione y describa cualquier documento de respaldo relacionado con el incidente y adjúntelo a este formulario		

Personas involucradas, si corresponde: Escriba el nombre, cargo o número de teléfono, si lo sabe

Nombre de la persona que cree que lo discriminó	Cargo	(Código de área) Número de teléfono
Nombre de la persona que cree que lo discriminó	Cargo	(Código de área) Número de teléfono
Nombre de la persona que cree que lo discriminó	Cargo	(Código de área) Número de teléfono
Nombre del testigo del incidente		(Código de área) Número de teléfono
Nombre del testigo del incidente		(Código de área) Número de teléfono
Nombre del testigo del incidente		(Código de área) Número de teléfono

X

Firma

Fecha