



4. Por favor, provéanos cualquier otra información que crea es importante para su queja.

5. ¿Qué desea que IDES haga para resolver su queja o remediar la discriminación que cree ocurrió?

6. Por favor, mencione a cualquier persona (testigos u otros) que podamos contactar para obtener información acerca de su queja.

Nombre	Dirección	Teléfono

7. Base de la Queja: ¿Cuál de los siguientes tipos de discriminación describe mejor la discriminación que usted cree ocurrió?

Raza: (Especifique): _____
 Sexo: Masculino Femenino
 Incapacidad

Color: (Especifique): _____
 Edad: (Especifique): _____
 Retaliación

Religión (Especifique): _____
 Nacionalidad (Especifique): _____
 Acoso Sexual

Estado Civil: _____
 Otro (Especifique): _____

 Firma del Querellante Fecha

Por favor, complete el formulario y regréselo con copias de los documentos que lo soporten a: IDES Office of Equal Employment Opportunity/Affirmative Action, 33 S. State St., 9th Floor, Chicago, IL 60603-2802. Fax (312.793.0302). Si tiene alguna pregunta, nuestros números telefónicos son: 312.793.9290, TTY 888-340-1007.

FOR EEO/AA OFFICE USE ONLY:	
<input type="checkbox"/> EEO Case Number Assigned: _____	<input type="checkbox"/> Service Complaint referred to: _____
Received by: _____	Date _____