TEXAS DEPARTMENT OF HEALTH – OFFICE OF THE OMBUDSMAN

CLIENT COMPLAINT OF DISCRIMINATION
QUEJA DE UN CLIENTE POR DISCRIMINACION

If you believe you have been discriminated against, call or write the Texas Department of Health, Office of the Ombudsman (OTO), 1100 W. 49th Street, Austin, Texas 78756, within 180 days from the date of the alleged discriminatory act. OTO may extend the 180 days if good cause is shown. For assistance in completing this form, call toll free numbers: 1-888-388-6332 (voice) or 1-877-432-7232(TDD).

Si dsted cree que ha habido discriminaci \ n en su contra, escriba al Departmento de Salud de Texas, Office of the Ombudsman (OTO) (Oficina del Mediador), 1100 W. 49th Street, Austin, Texas 78756, <ntes de 180 dRas en que el incidente ocurri \ . OTO extender< con buen causa la fecha de 180 dRas en que el incidente ocurri \ , para sometir su queja. Para m<s asistencia en llenar esta forma, ll<me: 1-888-388-6332 (voz) o 1-877-432-7232 (TDD).

Client Name *Nombre del Cliente*	**Date(s) incident occurred** *Fecha(s) cuando el incidente ocurri \.*	**City/County where incident occurred** *Ciudad/condado donde el incidente ocurri \:*
Address *Direcci \ n* **City** Ciudad **Zip**	**Telephone No**. *Ndm de telJfono* **Home** *Casa ( )* **Work** *Trabajo ( )*	

My complaint is against (agency, program, organization, etc.) *Mi queja es contra (agencia, programa, organizaci \ n, etc.)*

Address *Direcci \ n*

City ***Ciudad*** **Zip** **Telephone No**. *Ndm de TelJfono( )*

Who discriminated (List all involved on a separate sheet, if necessary.) *)Qdien discrimin \ ? (Apunte todos los implicados en otra p<gina, se es necesario.)*

Discrimination charge is based on: *Queja de discriminaci \ n es basado en:*

ÿ **Race** *Raza* ÿ **Color** *Color* ÿ **National Origin** *Origen Nacional* ÿ **Age** *Edad* ÿ **Sex** *Sexo* ÿ **Religion** *Religi \ n* ÿ **Disability** *Incapacidad* ÿ **Other (specify)** _____ *Otro (especifique)*

Reason for complaint: *Motivo de la Queja:*

ÿ **Disparate Treatment** *Trato Desigual* ÿ **Rude Treatment** *Trato DescortJs* ÿ **Benefit Denial** *Negaci \ n de Beneficios*
ÿ **Benefit Amount** *Cantidad de Beneficios* ÿ **Sexual Harassment** *Acoso Sexual*
ÿ **Other (specify)** *Otro (especifique)*:_____

I believe I have been discriminated against because …(Use the back of this page, if necessary.)
Creo que me discriminaron porque … (Puede usar el reverso de esta p<gina, si es necesario.)
_____
_____

What remedial action would you like to see be taken? (Submit documentation, if necessary.) *)QuJ remedio o acci \ n pide usted? (Entrege documentos, si es necesario.)*
_____
_____

If someone other than the client completed this form, please provide the following : *Si alguien m <s llen \ este formulario, por favor dJlo siguiente:*

Name *Nombre*	
Address *Direcci \n*	**Telephone No. ( )** ***Ndm. De Tel Jfono***

I affirm the information cited above is true to the best of my knowledge. *Afirmo que la informaci \n citada es cierto a lo mejor de mi conocimiento*

_____

Signature *Firma* **Date** *Fecha*

TO BE COMPLETED BY OTO STAFF *Ser completado por el Departmento de Salud de Texas*

Date complaint received/receiver: Case No.:	Complaint assigned to:
Action to be taken:	OTO Investigator=s Recommendation: