



División de Desarrollo de la Fuerza Laboral de Missouri

QUEJA GENERAL (ACTA DE LA DE INNOVACIÓN OPORTUNIDAD DE LA FUERZA LABORAL) WIOA

Información del quejoso *(por favor escriba con letra clara o a máquina)*

Nombre		Apellido	
Domicilio particular			Número telefónico <i>(incluir código de área)</i>
Ciudad	Estado MO	Código postal	Dirección de correo electrónico <i>(de ser disponible)</i>

Durante el proceso de queja se realizarán los acomodos necesarios para quejosos con discapacidades. En caso de requerir algún acomodo especial con relación a la comunicación o accesibilidad del lugar, por favor indique en el espacio de abajo que tipo de acomodo necesita, por ejemplo, un lugar fácilmente accesible, un intérprete para personas sordas (por favor indique el tipo de lenguaje de señas), que se le notifiquen resultados y/o fechas de audiencias en un formato alternativo tal y como el Braille, en letra grande o en formato de audio.

Información del presunto responsable (es la persona o entidad contra quien se presenta la queja) *(por favor escriba con letra clara o a máquina)*

Nombre de la persona o agencia			Número telefónico <i>(incluir código de área)</i>
Domicilio de la agencia			
Ciudad	Estado MO	Código postal	Dirección de correo electrónico <i>(de ser disponible)</i>

Naturaleza de la queja *(por favor escriba con letra clara o a máquina)*

En el espacio de abajo escriba una declaración clara y breve de los hechos ocurridos. Incluya fechas relevantes que ayuden con la investigación y resolución de la queja. Si necesita espacio adicional utilice el reverso de esta forma o adjunte hojas adicionales.

Doy fe: "La información antes mencionada es verdadera y correcta según mi leal saber y entender"

Firma del quejoso

Fecha

PARA USO OFICIAL EXCLUSIVAMENTE

PERSON RECEIVING COMPLAINT		JOB TITLE/AGENCY	
STREET ADDRESS OF AGENCY			CITY
			STATE MO
			ZIP CODE
TELEPHONE NUMBER <i>(include Area Code)</i>		EMAIL ADDRESS	