

Departamento del Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado San Bernardino
QUEJA O AGRAVIO CONTRA EL PROGRAMA Y PETICIÓN PARA AUDIENCIA

Asistencia técnica para completar esta forma está disponible al llamar al 909-387-9884 (Para usuarios de equipo de telecomunicaciones (TTY), marque 711 para usar el Servicio de Retransmisión de California).

Su nombre _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Numero de Teléfono: _____

Nombre de la agencia o programa contra el cual usted desea presentar la queja:

Nombre de la
Agencia/programa: _____

Nombre del empleado (si lo sabe): _____

Dirección: _____

Cuidad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Describa la violación , incluyendo una declaración clara y concisa de los hechos y fechas en que ocurrieron (si es necesario agregue páginas adicionales):

Si su queja o Agravio es en contra de una persona, describa como ese individuo no siguió las reglas y regulaciones de la Ley para el Desarrollo de la Fuerza Laboral – WIA (si es necesario agregue páginas adicionales)

Departamento del Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado San Bernardino
QUEJA O AGRAVIO CONTRA EL PROGRAMA Y PETICIÓN PARA AUDIENCIA

¿Qué resultado espera usted?

Nombre (Imprimir en letra de molde): _____

Firma: _____ **Fecha:** _____

Por favor regrese esta forma complete a:

Equal Opportunity Officer
County of San Bernardino Department of Workforce Development
215 North D Street – Suite 301
San Bernardino, CA 92415-0046

- Se va a programar una Audiencia para discutir su queja o agravio, se le notificará con 10 días de anticipación de la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo la Audiencia.
- Si usted no recibe notificación de la decisión tomada por el Oficial de Audiencias en un plazo de 75 días a partir de la fecha en que presentó su queja por escrito, usted puede enviar un pedido por escrito para una Audiencia Estatal al:

Chief, Compliance Review Division, MIC 22-M
Employment Development Department
P.O. Box 826880
Sacramento, CA 94280-0001

Para uso exclusivo del Condado (County Use Only):

Date Received: _____ **By:** _____

Hearing Date: _____ **By:** _____

Date Decision Issued: _____ **By:** _____