GRIEVANCE OF DISABILITY DISCRIMINATION AGAINST KING COUNTY, WASHINGTON

Who can file a grievance?

- A qualified person with a disability who believes he or she has experienced discrimination based on disability in admission to, access to and treatment in facilities, programs, services, or activities provided by King County.
- An authorized representative may file on behalf of a qualified person with a disability, or someone filing on behalf of a class of people with disabilities.
- A nondisabled person may file who believes he/she has been discriminated against because of a relationship or association with a person with a disability.

How do I file a grievance?

Fill out this form completely to help us process your grievance. Submit the completed form to OCR within 180 calendar days of the alleged discriminatory act.

What happens when I file a grievance?

OCR will send you a written receipt of your grievance and will forward a copy of your grievance form to the King County department. OCR's Disability Compliance Specialist facilitates and coordinates responses to disability access grievances.

The Disability Compliance Specialist can provide a variety of services such as:

- technical assistance to the department on requirements, regulations and reasonable accommodations
- coordination of meetings between the parties, if needed
- monitoring completion of any future activities included in a grievance response
- other services as requested or deemed appropriate

What if I don't agree with the department's letter of resolution?

A grievant who does not agree with the letter of resolution may submit a written request for a different resolution to the OCR Director within 30 days of the date the grievant receives the department's response.

Do I need an attorney to file or handle this grievance with OCR?

No. However, you may wish to seek legal advice regarding your rights under the law.

Return this form to:

King County Office of Civil Rights
400 Yesler Way, Room 260
Seattle, WA 98104-2683
Yesler Building (mail stop: YES-ES-0260)

Phone 206-296-7592
TTY Relay: 711
Fax 206-296-4329

This form is available in alternate formats upon request. Contact OCR for help completing this form or with questions about the grievance procedure.

DISCRIMINACIÓN CONTRA PERSONAS DISCAPACITADAS
FORMULARIO DE QUEJA CONTRA EL CONDADO DE KING

¿Quién puede interponer una queja?

- Una persona incapacitada que desee presentar una queja alegando discriminación por incapacidad en la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios del Condado de King.
- Un representante autorizado puede presentar en nombre de una persona con una discapacidad, y una persona puede presentar una queja en nombre de las clases de individuos discapacitados.
- Una persona sin discapacidades que cree que él / ella ha sido discriminado debido a una relación o asociación con una persona con una discapacidad.

¿Cómo presento una queja?

Por favor complete este formulario en su totalidad, con tinta negra. Firme y regrese el formulario a la OCR dentro de los 180 días de la fecha cuando la discriminación alegada ocurrió.

¿Qué sucederá después de presentar una queja?

OCR le enviará un recibo por escrito confirmando la llegada de su queja y le enviará una copia de la queja al departamento del Condado de King nombrado como demandado. Un especialista de OCR facilitara y coordinara las respuestas a su queja.

El especialista puede ofrecer una variedad de servicios tales como:

- asistencia técnica para el departamento sobre los requisitos y regulaciones y adaptaciones razonables
- coordinación de las reuniones entre los partidos, si es necesario
- asegurar el cumplimiento del departamento con un acuerdo resolviendo la queja
- otros servicios según se solicite o se considere oportuno.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la carta de resolución por el departamento?

Un demandante que no está de acuerdo con la carta de resolución podrá presentar una solicitud proponiendo una resolución diferente a la Directora OCR dentro de los 30 días de recibir la resolución propuesta por el departamento.

¿Necesito un abogado para presentar o manejar esta queja ante la OCR?
No. Sin embargo, tiene el derecho de obtener consejo legal sobre sus derechos legales.

Devuelva este formulario a:

King County Office of Civil Rights
400 Yesler Way, Room 260
Seattle, WA 98104-2683
Yesler Building (mail stop: YES-ES-0260)

Phone 206-296-7592
TTY Relay: 711
Fax 206-296-4329

Este formulario está disponible en formatos alternativos a pedido del interesado. Póngase en contacto con OCR para ayudar a completar este formulario o si tiene preguntas sobre el procedimiento de la queja.

1. **Grievant Contact Information/ Datos de Contacto del Denunciante:**

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

_____

Phone/Teléfono Home/Hogar: _____

Work/Trabajo _____

Cell/Celular _____

Message/Mensaje _____

E-mail/correo electrónico: _____

Person discriminated against, if other than the Grievant:
Persona discriminada (en caso de no ser el denunciante):

Name/Nombre: _____

Address/Dirección: _____

_____

Phone/Teléfono Home/Hogar: _____

Work/Trabajo _____

Cell/Celular _____

Message/Mensaje _____

E-mail/correo electrónico: _____

2. Describe how the Grievant's physical and/or mental disability substantially impacts a major life activity. Describa como la discapacidad física o mental limita considerablemente una o más de las principales actividades vitales.

_____

_____

_____

_____

3. King County department or agency (if known) Departamento o agencia (si lo sabe).

_____

_____

4. Department or agency address or location (if known) Dirección del Departamento (si lo sabe)

_____

_____

5. When did the incident(s) occur? ¿Cuándo ocurrió la supuesta discriminación? Fecha:

_____

_____

6. Describe the act(s) of discrimination. Include all facts on which the grievance is based. Attach additional sheets if needed.

   Describa los actos discriminatorios, proporcionando todos los datos pertinentes, cuando sea posible (**adhiera una página adicional si es necesario**):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7. Name, position, agency of county employees you have dealt with regarding the incident(s).
   Nombre, titulo, y agencia de los empleados del Condado con quienes ha tratado sobre el/los incidente(s).

_____

_____

_____

8. Witnesses or others involved – provide name, address, telephone number(s). Attach additional sheets if needed.
   Testigos o otras personas envolucrados (proporcione el nombre, dirección, # de teléfono). (**adhiera una página adicional si es necesario**):

_____

_____

_____

9. If you have filed a grievance, complaint or lawsuit regarding this matter anywhere else, give name and address of each place where you have filed. Attach additional sheets if needed.

   Si haya presentado la denuncia ante otra oficina u otra agencia de derechos civiles o tribunal local, estatal o federal, proporcione el nombre y dirección de la oficinia. (**adhiera una página adicional si es necesario**):

_____

_____

_____

10. In the Grievant's view, what would be the best way to resolve the grievance?
    ¿En la opinión del denunciante, que seria el mejor modo resolver la denuncia?

_____

_____

_____

_____

_____

I affirm that the information in this form is true to the best of my knowledge and belief.
I understand that all information becomes a matter of public record after I file this grievance.

Yo afirmo que que lo anterior es verdadero y correcto a lo mejor de mi conocimiento y creencia. Yo entiendo que toda la información se convierte en un asunto de interés público después de la presentación de esta queja.

_____ _____

Signature or Mark of Aggrieved Party — Date/Fecha
Firm o marca de la Persona Discriminada

_____ _____

Signature or Mark of Grievant (if different) — Date/Fecha
Firm o marca del Denunciante (si diferente de
La persona discriminada)

Revised July 2011