

Formulario de queja de Derechos Civiles del DFCS, ADA/Sección 504

Si necesita ayuda para llenar este formulario o para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 404-657-3433 y deje un mensaje. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si es una persona sorda, sordociega, tiene problemas de audición o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior marcando 711 (retransmisión de Georgia).

Para presentar una queja ante el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, lea a continuación:

De conformidad con las leyes federales de derechos civiles y a las políticas y regulaciones de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o gestionan programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad sexual u orientación sexual), religión, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias o retaliación por actividades anteriores de derechos civiles en programas o actividades llevadas a cabo o financiadas por el USDA. Los programas que reciben asistencia federal financiera de parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los Estados Unidos, tales como la Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF), y los programas que el HHS gestiona directamente, tienen prohibido discriminar en el marco de las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas o con problemas de audición o que puedan tener discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA mediante el Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa estará disponible en otros idiomas además del inglés.

RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A PROGRAMAS DEL USDA

El USDA brinda asistencia financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDIR), entre otros. Para presentar un reclamo por discriminación con respecto al programa, complete el Formulario de queja de discriminación del programa (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDAProgramComplaintForm-Spanish-Section508Compliant.pdf>, y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA y brinde toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o carta al USDA por:

1. **Correo:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. **Fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Teléfono:** (833) 620-1071; o
4. **Correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con asuntos del programa SNAP, las personas deben comunicarse con la línea directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los [números de información/línea directa del estado](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); se puede encontrar en línea en: [línea directa de SNAP](#).

RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A PROGRAMAS DEL HHS

El HHS brinda asistencia financiera federal para muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, incluidos la TANF, Head Start, el Programa de Asistencia de Energía para Hogares con Bajos Ingresos (LIHEAP), entre otros. Si cree que ha sido discriminado por su raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo (incluido el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a las que el HHS proporciona asistencia financiera federal, puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) por usted mismo o en nombre de otra persona.

Para presentar un reclamo por discriminación para usted o en nombre de otra persona con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea en el Portal de Reclamos de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correo: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para que el procesamiento sea más rápido, le recomendamos que utilice el portal en línea de la OCR para presentar reclamos en lugar de enviarlos por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar un reclamo de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar a la línea gratuita de la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con dificultades de audición o del habla, marque 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos formatos alternativos (como braille y letra grande), asistencia complementaria y servicios de asistencia de idioma sin cargo para presentar un reclamo.

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.

También puede presentar un reclamo comunicándose con la oficina local de la DFCS, o con el Coordinador de Derechos Civiles y ADA/Sección 504 de la DFCS: 2 Peachtree Street N.W., Fl. 29, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735. En el caso de los reclamos por discriminación por tener dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa de Dominio Limitado de Inglés y Discapacidad Sensorial: 2 Peachtree Street, N.W., Fl. 29, Atlanta, GA 30303 o llame al 404-657-5244 (llamada de voz).



Fecha: _____

Nombre de la persona que alega haber sufrido discriminación ilegal:

*Nombre del reclamante (si es diferente del nombre mencionado anteriormente): _____

Relación del reclamante con la persona que alega haber sufrido discriminación ilegal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento (de la persona que alega haber sufrido discriminación ilegal): ____/____/____

o ID de cliente: _____

Dirección: Calle _____ Ciudad _____ Código postal _____

Condado: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico (si hay): _____

Marque los programas de la DFCS que correspondan: ____ SNAP; ____ TANF; ____ Asistencia médica (por ejemplo, Medicaid y PeachCare for Kids®); ____ Bienestar infantil (CPS, cuidado de guarda, adopción, reunificación familiar); ____ Otro: _____

Oficina de la DFCS donde ocurrió la supuesta discriminación: _____

Fechas en que ocurrió la supuesta discriminación: _____

Creo que me han discriminado (o a alguien más) por lo siguiente:

____ Raza; ____ Color; ____ Edad; ____ Sexo;

____ Origen nacional (por ejemplo, no brindar un intérprete u otro _____)

____ Religión; ____ Creencias políticas (solo Programa de Estampillas de Alimento); ____ Discapacidad:

____ No brindar la modificación razonable (RM) solicitada

Comentarios: _____

____ No brindar la ayuda o el servicio auxiliar (AAS) solicitado

Comentarios: _____

____ No estoy de acuerdo con la decisión/modificación de RM brindada

Comentarios: _____

____ Otros (animales de servicio/ayuda de movilidad/normas de diseño, etc.)

Comentarios: _____



Debajo, describa brevemente la supuesta discriminación: Describa de la manera más específica posible. Si corresponde, proporcione los nombres de las personas que cree que lo discriminaron. (Adjunte páginas adicionales si es necesario):

La información restante en este formulario es opcional. No responder la pregunta siguiente no afectará esta queja de ninguna manera.

¿Necesita un intérprete u otro tipo de asistencia para comunicarse con nosotros sobre esta queja? (Marque todas las que correspondan).

Braille; Letra grande; Correo electrónico; TTY;

Intérprete de lengua de señas (especifique el idioma): _____

Intérprete de lengua hablada (especifique el idioma): _____

Otro: _____

En el caso de quejas por discriminación basada en el origen nacional (por ejemplo, dominio limitado del inglés), envíe este formulario debidamente llenado a la siguiente dirección:

Georgia Department of Human Services
Program Manager, Limited English Proficiency and Sensory Impairment Program
2 Peachtree Street, N.W., Fl. 29
Atlanta, GA, 30303
(404) 657-5244 (voz)*

En el caso de otras quejas por discriminación (incluidas las quejas sobre las decisiones tomadas con respecto a solicitudes de modificaciones razonables conforme a la ADA/Sección 504), envíe este formulario debidamente llenado a la siguiente dirección:

Division of Family and Children Services
DFCS Civil Rights, ADA/Section 504 Coordinator
2 Peachtree Street, N.W., Fl. 19
Atlanta, GA 30303
(404) 657-3735 (voz)*

*Las personas con discapacidad de audición o habla pueden llamar al 711 para que un operador las conecte con nosotros.

**La DFCS tiene prohibido divulgar información personal identificable (PII) o información de salud protegida (PHI) a personas no autorizadas. Por lo tanto, la DFCS no revelará ni discutirá la PII o la PHI de un cliente de la DFCS, ni permitirá el acceso a esta, sin la autorización correspondiente. En situaciones donde un acompañante u otra persona presente una queja en nombre de un cliente de la DFCS, la DFCS se comunicará con el cliente o el representante autorizado para verificar la queja.

