

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 EE. UU. o el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., lea a continuación:

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas. El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: https://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (800) 368-1019 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Puede presentar una queja verbal o escrita alegando discriminación ilegal por parte de la DFCS (incluso si no está de acuerdo con las decisiones tomadas con respecto a solicitudes de modificaciones razonables, ayudas o servicios auxiliares, o si cree que la DFCS no pudo proporcionar una modificación razonable o asistencia de comunicación conforme a la ADA [Ley para Estadounidenses con Discapacidades]/Sección 504). Para hacerlo, llene el siguiente formulario:



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 (solo Programa de Estampillas de Alimento) _____

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
Office of Communications
Program Manager, Limited English Proficiency and Sensory Impaired Program
2 Peachtree Street, N.W., Suite 29-103
Atlanta, GA, 30303
(404) 657-5244 (voz)
(404) 651-6815 (fax)
(404) 463-7591 (TTY)

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., Suite 19-454
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.

