

FORMULARIO DE QUEJA DE LA MUESTRA

El propósito de este formulario es para ayudarle a presentar una queja con el [Insertar nombre de la agencia u organización]. No es necesario que utilice este formulario; una carta con la misma información es suficiente. **Sin embargo, la información solicitada en los artículos en negrita y marcados con asterisco (*) debe ser proporcionada, o no se utiliza el formulario de.**

1 indicar su nombre y Dirección:

Name: _____

Address: _____

Nº de teléfono: Casa: () _____ trabajo: () _____

2 * personas discriminaban, si es diferente de arriba:

Name: _____

Address: _____

Nº de teléfono: Casa: () ____ trabajo: () _____

3 * Programa que discriminó y departamento o agencia:

Name: _____

Cualquier persona si se conoce: _____

Address: _____

Nº de teléfono: () _____

4 * **Non-empleo: es la discriminación de preocupación de su queja en la prestación de servicios o en otras acciones discriminatorias en el departamento o agencia en su tratamiento de usted u otras personas? En caso afirmativo, sírvase indicar debajo de la base en que crees que estas acciones discriminatorias fueron tomadas (por ejemplo, "raza: African American" o "Sexo: hembra").**

_____ Race/Color: _____

_____ Origen nacional: _____

_____ Sex: _____

_____ Age: _____

_____ Disability: _____

* **Empleo: ¿Su queja concierne a discriminación en el empleo por el departamento o agencia? En caso afirmativo, sírvase indicar debajo de la base en que crees que estas acciones discriminatorias fueron tomadas (por ejemplo, "raza: African American" o "Sexo: hembra").**

_____ Race/Color: _____

_____ Origen nacional: _____

_____ Sex: _____

_____ Age: _____

_____ Disability: _____

5. ¿Cuál es el tiempo y lugar para comunicarnos con usted acerca de esta denuncia más conveniente?

Si no podremos comunicarnos directamente con usted, desee darnos el nombre y número telefónico de una persona que puede decirnos cómo contactarte o proporcionar información sobre su queja:

Name: _____

Tel. No.() _____

6 Si usted tiene un abogado que representa concerniente a las cuestiones planteadas en esta queja, por favor proporcione los siguientes:

Name: _____

Address: _____

Nº de teléfono: () _____

7 * ¿a su mejor recuerdo, en qué fecha la discriminación alegada tomó lugar?

Primera fecha de la discriminación:

Datos más recientes de la discriminación:

8 denuncias de discriminación generalmente deben ser presentadas dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. Si la fecha más reciente de la discriminación, enumerada anteriormente, hace más de 180 días, usted puede solicitar una exención del requisito de presentación. Si usted desea solicitar una exención, por favor explique por qué esperó hasta ahora para presentar su queja.

11 por favor lista de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) si se conoce, a quien podemos contactar para que obtener información adicional apoyar o aclarar su queja.

Name: _____

Address: _____

Nº de teléfono: (____) _____

12 ¿tiene cualquier otra información que crees que es relevante para nuestra investigación de sus alegaciones?

13. ¿Qué recurso busca por la supuesta discriminación?

14 ¿tiene (o la persona discriminada) presentó la misma o alguna otra queja con otras oficinas del gobierno de Estados Unidos (incluyendo el Departamento de agricultura de Estados Unidos). Yes _____ No _____

Si es así, ¿recuerdas el número de quejas?

¿Qué agencia y departamento o programa se presentó con?

Dirección: (Incluir ciudad, estado y código postal)

Nº de teléfono: (____) _____

Fecha de presentación: _____

Agencia del gobierno: _____

Briefly describe the nature of the complaint:

¿Cuál fue el resultado?

15 ¿ha presentado o pretende presentar un cargo o queja con respecto a las cuestiones planteadas en esta queja con cualquiera de los siguientes?

- U.S. igual Comisión de oportunidades laborales
- Tribunal estatal o Federal
- Su estado o su Comisión local de relaciones y derechos humanos
- Oficina de reclamación o queja

16 si ya ha presentado una acusación o denuncia con una agencia en #15, arriba indicada, por favor proporcione la siguiente información (Adjunte páginas adicionales si es necesario):

Agency: _____

Date Filed: _____

Caso o expediente número: _____

Fecha de juicio/vista: _____

Localización de agencia/corte: _____

Nombre del investigador: _____

Estado del caso:

Comments:

- 17 mientras que no es necesario para que usted sepa acerca de la ayuda que la agencia o institución que radicara contra recibe del Gobierno Federal, si sabes de algún servicio de nutrición y alimentos fondos o asistencia recibida por el programa o departamento en que ocurrió la presunta discriminación, proporcione la siguiente información.

*** No podemos aceptar una queja si no ha sido firmado. Por favor firme y feche este formulario de queja.**

Firma fecha

Por favor no dude en Añadir hojas adicionales para explicar la situación actual nos.

Necesitamos tu consentimiento para revelar su nombre, si es necesario, en el curso de cualquier investigación. Por lo tanto, necesitamos un formulario de consentimiento firmado de ti. (Si usted está presentando esta denuncia para una persona que se alega ha sido discriminado, en la mayoría de los casos necesitamos un formulario de consentimiento firmado de esa persona.) Vea las notas sobre utiliza investigación de información Personal para obtener más información sobre el formulario de consentimiento. Por favor, envíe por correo el formulario de quejas de discriminación completado, firmado y el formulario de consentimiento firmado (por favor, hacer una copia de cada uno para sus registros) para:

- ((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.

