

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS DIVISIÓN DE
OPERACIONES DEL CONDADO
FORMULARIO DE QUEJA**

Información sobre el denunciante		
Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
SSN:		FDN:
Dirección postal (incluya ciudad, estado y código postal completos)		
Número de teléfono principal:	Número de teléfono alternativo:	Correo electrónico
La mejor forma de ponerse en contacto con usted: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro		
<p>SI NECESITA ESTE MATERIAL EN OTRO FORMATO COMO LETRA GRANDE, PÓNGASE EN CONTACTO CON LA OFICINA LOCAL DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS (DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES, DHS) llamando al 1-855-372-1084. Si necesita este formulario en español, llame al 1-855-372-1084 y pida la versión en español. For TDD/TTY services, please contact Arkansas Relay at 1-800-285-1131 for English or 1-866-656-1842 for Spanish. Para servicios TDD/TTY, comuníquese con Arkansas Relay al 1-800-285-1131 para inglés o al 1-866-656-1842 para español.</p>		
Información sobre representantes		
¿Tiene un representante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Tiene autorización por escrito de su representante? En caso afirmativo, adjúntelo. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Primer nombre	Apellido	
Dirección postal (incluya ciudad, estado y código postal completos)		
Teléfono	Correo electrónico	
Información sobre la queja <i>(adjunte páginas adicionales y documentación justificativa si es necesario)</i>		
1. Indique el nombre del programa sobre el que presenta la queja.		
2. Fecha de la supuesta discriminación/incidente reciente (mm/dd/aaaa)	3. Ubicación o dirección de la oficina donde se produjo la discriminación/incidente	
4. ¿Lo trataron con cortesía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, ¿le hablaron o lo trataron con descortesía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, explique.		
5. ¿Cree que lo han notificado a tiempo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, explique ¿Ha facilitado al condado la información solicitada, pero su caso no ha sido tramitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE
ARKANSAS DIVISIÓN DE OPERACIONES DEL CONDADO
FORMULARIO DE QUEJA**

6. En su opinión, ¿ha sido discriminado? Sí No

Constituye una infracción de la ley discriminarlo por los siguientes motivos: raza, color, origen nacional, religión, sexo (incluidas la identidad y expresión de género), orientación sexual, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de un programa de asistencia pública y convicciones políticas.

Creo que se me discriminó por:

- Raza Sexo Estado civil
 Orientación sexual Identidad de género (expresión)
 Color Discapacidad Estado familiar/parental
 Origen nacional Edad Ingresos procedentes de ayudas públicas
 Creencias políticas Religión Represalias (actividad previa en materia de derechos civiles)

7. ¿Qué le ocurrió (incluya las fechas de cada acusación)?

8. ¿Le preocupan otras cosas?

Soluciones

9. ¿Cómo le gustaría que se resolviera esta queja?

10. ¿Ha presentado alguna queja sobre el incidente o incidentes ante otro organismo federal, estatal o local, o ante un tribunal?

11. En caso afirmativo, ¿ante qué organismo o tribunal presentó la queja?

12. En caso afirmativo,
¿cuándo presentó la queja?
(mm/dd/aaaa)

Firma del denunciante

Fecha

Firma del representante

Fecha

**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE
ARKANSAS DIVISIÓN DE OPERACIONES DEL CONDADO
FORMULARIO DE QUEJA**

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

Esta institución ofrece igualdad de oportunidades.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, el denunciante debe cumplimentar el formulario AD-3027, "USDA Program Discrimination Complaint Form" (Formulario de Queja sobre Discriminación en un Programa), que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria lo suficientemente detallada como para informar al secretario adjunto de derechos civiles (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta infracción de los derechos civiles.

El formulario AD-3027 completado, o la carta, deben enviarse a:

CORREO DE EE. UU.:
Food and Nutrition Service, USDA 1320
Braddock Place, Room 334 Alexandria,
VA 22314; o

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

Correo electrónico:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONDADO

RESOLUCIÓN (a cumplimentar por la Oficina del Condado/OPGM)

1. Resultado de la investigación Fundada Infundada

2. Descripción de la medida correctiva adoptada _____

Las quejas pueden presentarse ante el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas, la Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles del USDA o ambos.

Office of Program and Grant Management
P.O. Box 1437-Slot-S335
Little Rock, AR 72203-1437
Llame al (501) 534-4119
TDD/TTY: 800-285-1131
DCOCivilRightsComplaints@dhs.arkansas.gov

USDA Dept. of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave SW
Washington, DC 20250-9410
program.intake@usda.gov
Voz / TDD: 202-720-5964

INSTRUCCIONES

PROPÓSITO: puede utilizar el formulario de quejas del DHS (110) para presentar una queja si cree que ha sido objeto de discriminación, trato grosero o tramitación fuera de plazo de cualquier programa del DHS. Este formulario se diseñó para normalizar el proceso de notificación de quejas dentro del Departamento y para proporcionar un sistema de seguimiento que garantice que se han tomado medidas correctivas. Tanto las quejas relacionadas con los derechos civiles como las que no lo son deben registrarse utilizando este formulario.

No está obligado a utilizar este formulario para presentar una queja por discriminación, puede enviar una carta o un correo electrónico en lugar de este formulario. La carta o el correo electrónico deben incluir la información solicitada en los puntos 1 al 12 de este formulario. Si decide utilizar este formulario, escriba a máquina o con letra de imprenta toda la información de los puntos 1 a 12 de este formulario y utilice páginas adicionales si necesita más espacio. Si necesita ayuda para rellenar este formulario, llame al (501) 534-4119.

De conformidad con el Título 7, Sección 16.4(d), del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR), los beneficiarios y posibles beneficiarios de programas subvencionados con ayuda financiera indirecta del USDA pueden presentar quejas por escrito al USDA alegando violaciones de las protecciones de libertad religiosa de la norma poniéndose en contacto o presentando una queja por escrito ante la Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles (Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, OASCR) del USDA.

Si necesita ayuda para rellenar este formulario (incluidos los servicios de traducción), puede llamar al (501) 534-4119; se le ofrecerá asistencia en inglés y para personas que no dominen el inglés o en otros idiomas. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (p. ej., Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios.

Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión llamando al (800) 877-8339.

Debemos tener una copia firmada de su queja. Un formulario o una carta incompletos o sin firmar retrasarán la tramitación de su queja.

PLAZO DE PRESENTACIÓN: una queja por discriminación en un programa debe presentarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que tuvo o debería haber tenido conocimiento de la presunta discriminación, a menos que se amplíe el plazo de presentación. Las quejas enviadas por correo se consideran presentadas en la fecha de recepción de la queja. La documentación de la queja o los formularios enviados por correo electrónico se considerarán presentados en la fecha en que se reciba la queja. Las quejas presentadas después del plazo de 180 días deben incluir una explicación de "causa justificada" para el retraso. Por ejemplo, si:

1. No cabía esperar razonablemente que tuviera conocimiento del acto discriminatorio en el plazo de 180 días;
2. Ha estado gravemente enfermo o incapacitado; o
3. La misma queja se presentó ante otro organismo federal, estatal o local y dicho organismo no dio curso a su queja.

Directrices para la realización

Rellene los datos de identificación necesarios: nombre, número de seguro social, fecha de nacimiento, dirección postal, ciudad, estado, código postal y número de teléfono.

1. Rellene los datos del representante si procede.
2. Enumere el programa del DHS del que presenta una queja.
3. Indique la Oficina de Condado del DHS de la que presenta la queja.
4. Introduzca la fecha del incidente.
5. Marque sí o no si considera que el trabajador fue descortés o si lo trataron mal. En caso afirmativo, explique.
6. Marque sí o no si considera que se le ha notificado a tiempo y si se le ha facilitado la información solicitada.
7. Marque sí o no si considera que ha sido discriminado.
8. Marque cada casilla que indique por qué cree que fue discriminado.
9. Escriba y describa en pocas palabras lo sucedido que lo ha llevado a presentar una queja. Si es necesario, utilice una hoja de papel adicional.
10. Si tiene otras preocupaciones, indíquelas aquí.
11. Facilítenos información sobre cómo le gustaría que se solucionara este problema.
12. Facilite información sobre cualquier otra denuncia presentada.

Firme y feche el formulario.

PARA USO EXCLUSIVO DEL CONDADO:

Esta sección debe ser cumplimentada por un empleado de la oficina del condado o de la Oficina de Gestión de Programas y Subvenciones.

1. Compruebe el resultado de la investigación.
2. Describa las medidas correctivas adoptadas para corregir la situación. Si es necesario, utilice una hoja de papel adicional.

ENRUTAMIENTO

Derechos no civiles - Original y 1 copia - Enviar a la oficina del condado (si la denuncia se presenta en una oficina distinta de la oficina del condado) Copia 2 - Oficina de origen (si es distinta de la oficina del condado)
Copia 3 - Remitir al Director de Área por la oficina del condado tras la resolución

Derechos civiles - Original - Remitir a la Oficina de Gestión de Programas y Subvenciones-Unidad SNAP- P.O. Box 1437-Slot-S335 Little Rock, AR 72203-1437.

Copia - Oficina del Condado

Copia - Director de Área

*Si la discapacidad está marcada, envíe una copia al Coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA)