



Georgia Department of Human Services

Formulario de Reclamo por Discriminación de la DAS y DCSS

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia (DHS, Department of Human Services) tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, edad, sexo (como el embarazo, la identidad de género y la orientación sexual) y, en algunos casos, creencias políticas o religiosas.

*Este formulario es para uso EXCLUSIVO de la División de Servicios para Personas Mayores (DAS, Division of Aging Services) y la División de Servicios de Manutención Infantil (DCSS, Division of Child Support Services). Para la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, Division of Family and Children Services), utilice el formulario de reclamos de los Derechos Civiles de la DFCS.

Si necesita ayuda para completar el formulario o para comunicarse con nosotros/as, avísenos o llame al 404-657-5244 y deje un mensaje. Nuestros servicios, como el de intérpretes, son libres de cargo. Si es hipoacúsico/a, sordo/a-ciego/a, tiene problemas de audición o dificultades del habla, puede llamarnos al número que figura anteriormente al marcar 711 (Retransmisión de Georgia).

Presentar un reclamo con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS, Department of Health and Human Services) cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata diferente a las personas por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas hipoacúsicas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. A su vez, la información del programa puede facilitarse en otros idiomas además del inglés.

HHS:

- Brinda asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de manera efectiva con el personal, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audios, formatos electrónicos accesibles, otros).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información por escrito en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, póngase en contacto con el HHS al 1-877-696-6775.

Si cree que el Departamento no brindó estos servicios o lo discriminó de alguna manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (ORC, Office for Civil Rights) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos, mediante el sitio de Reclamos de la ORC, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o al siguiente correo postal o teléfono:

- (1) Correo postal: El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
200 Independence Avenue, S.W.
Room 509F HHH Bldg.
Washington, D.C. 20201
- (2) Fax: (202) 619-3818; o al
- (3) Correo electrónico: OCRComplaint@hhs.gov

Para obtener más información acerca de trabajar con los asuntos del HHS, las personas deben contactarse al (877) 696-6775, que tiene la opción de español, o visitar la página web: <https://www.hhs.gov/about/contact-us/index.html>.

El DHS brinda igualdad de oportunidades.

Al completar el formulario a continuación, usted puede presentar un reclamo verbal o escrito donde se alega contra una discriminación indebida por parte del DHS (incluso si no está de acuerdo con la decisión que se tomó con respecto a la solicitud de modificaciones razonables, el servicio o ayuda auxiliar, o bien, si cree que el DHS no ha brindado una modificación razonable solicitada o asistencia para la comunicación conforme a la Sección 504 de la ADA).

Para presentar reclamos por discriminación por motivos de nacionalidad de origen (ej.: dominio limitado del inglés), discapacidad visual o auditiva, póngase en contacto con la siguiente persona:

El/la Director/a del Programa
de LEP/SI del DHS
2 Peachtree Street, N.W., Suite 29-103
Atlanta, GA 30303
(404) 657-5244*
lepsi@dhs.ga.gov

***Las personas con discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse al 711 para que un/a operador/a le comunique con nosotros/as.**

Si presenta un reclamo ante el DHS, complete el formulario que se encuentra en la siguiente página y envíelo a la dirección del DHS indicada anteriormente.

TIENE DERECHO A RECIBIR SERVICIOS DE INTERPRETACIÓN Y SERVICIOS O AYUDAS AUXILIARES LIBRES DE COSTO

Oficina del condado donde sucedió la infracción	Fecha en la que sucedió la infracción	Sexo o identidad de género <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Nombre (persona perjudicada)	Apellido	Fecha de nacimiento / /
Teléfono residencial () -	Teléfono residencial () -	
Dirección		Ciudad
Estado	Código postal	Correo electrónico (si cuenta con uno)
¿Se está completando este formulario en nombre de otra persona? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "Sí", indique su nombre a continuación: Nombre: _____ Apellido: _____ Información de contacto: _____		¿Quiere permanecer anónimo/a? (elija una opción) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Creo haber sido (o que alguien más ha sido) discriminado/a por los siguientes motivos: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Raza. <input type="checkbox"/> Color. <input type="checkbox"/> Sexo, identidad de género u orientación sexual. <input type="checkbox"/> Edad. <input type="checkbox"/> Religión. <input type="checkbox"/> Creencias políticas. <input type="checkbox"/> Nacionalidad de origen. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dominio limitado del inglés. <input type="checkbox"/> Discapacidad. <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Impedimento auditivo. <input type="checkbox"/> Impedimento visual. <input type="checkbox"/> Impedimento del habla. <input type="checkbox"/> No se proporcionaron las modificaciones razonables (RM, Reasonable Modifications) que se solicitaron. <input type="checkbox"/> No se proporcionó el servicio o ayuda auxiliar (AAS, auxiliary aid service) que se solicitó. <input type="checkbox"/> No se han aceptado las decisiones/modificaciones de las ROM proporcionadas. <input type="checkbox"/> Otro (servicio de animales/dispositivos para movilidad/normas de diseño, etc.). <input type="checkbox"/> Comentarios: _____ 		
¿Quién cree que lo/la ha discriminado a usted (o a alguien más)? Provea una lista de las personas que usted cree que lo/la discriminó. Sea específico/a (adjunte tantas páginas que sean necesarias).		

PERSONA/AGENCIA/ORAGNIZACIÓN		
Dirección	Ciudad	
Estado	Código postal	Teléfono () -
Describa brevemente lo que sucedió. ¿Cómo y por qué cree que usted (o alguien más) sufrió de discriminación? Sea lo más específico/a posible. (Adjunte tantas hojas como sea necesario)		
Firme y feche el reclamo. Firma Fecha / /		

La siguiente información en el formulario es opcional. Si no responde la siguiente pregunta, no afectará este reclamo de ninguna manera.

<p>¿Necesita que utilicemos adaptaciones especiales para comunicarnos con usted con respecto a este reclamo? (marque todas las opciones que correspondan).</p> <p><input type="checkbox"/> Braille</p> <p><input type="checkbox"/> Letra grande</p> <p><input type="checkbox"/> Correo electrónico</p> <p><input type="checkbox"/> TTY</p> <p><input type="checkbox"/> Intérprete de lenguaje de señas (especifique el idioma): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Intérprete de lengua oral (especifique el idioma): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-top: 5px;"></div>
--

Si tiene preguntas acerca de este formulario, contáctese con la Oficina de LEP/SI del DHS al Lepsi@dhs.ga.gov o llame al siguiente número:

404-657-5244