

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:

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad o creencias políticas, y prohíbe las represalias por acciones anteriores de derechos civiles en cualquier actividad o programa realizado o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener la información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas americana, etcétera) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede brindarse en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, llene el Formulario de queja por discriminación de programa del USDA, (AD-3027), que se encuentra 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 escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario llenado o la carta al USDA:

- (1) por correo postal: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) por fax: (202) 690-7442; o
- (3) por correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con problemas del Programa de Ayuda Suplementaria de Nutrición (SNAP), debe 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 del estado/línea directa](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado), que se encuentra en línea en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., escriba al Director del HHS: 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 (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de 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.

