

INSTRUCCIONES

PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE QUEJA SOBRE DERECHOS CIVILES

(Instructions for completing the Civil Rights Complaint Form)

El Título VI de la Ley de los Derechos Civiles del 1964 (*Title VI of the Civil Rights Act of 1964*) exige la no discriminación basada en el origen nacional. El acceso a programas y facilidades físicas por personas con discapacidad son cubiertos por la Ley de Americanos con Discapacidad del 1990 (*American with Disabilities Act of 1990*) y la Ley de Rehabilitación del 1990 (*Rehabilitation Act of 1973*), como enmendado, Sección 504.

Si le fueron negados injustamente servicios, o si el tratamiento que recibió fue separado o diferente al de los demás, o si el programa no era accesible para usted, puede ser discriminación. Si usted cree que ha sido tratado de manera diferente por su raza, color, origen nacional o por su habilidad limitada de hablar Inglés, su edad, género, discapacidad, religión o represalias, usted puede presentar una queja. También puede presentar una queja por discriminación basada en afiliación política, si usted es elegible para recibir *Supplemental Nutrition Assistance Program* (SNAP), anteriormente conocido como *Food Stamps*, o conocido en el estado de Wisconsin como el *FoodShare Program* (*FoodShare Wisconsin*).

Usted puede presentar una queja informal por discriminación con su proveedor de servicio, o usted puede presentar una queja formal por discriminación con una agencia estatal o federal. Cualquier recipiente de los servicios y beneficios del *Wisconsin Department of Health Services* (DHS) financiados por el *U.S. Department of Health and Human Services* (DHHS) puede presentar una queja de derechos civiles en cualquier momento con el *Wisconsin DHS Office of Affirmative Action and Civil Rights Compliance* (AA/CRC). También puede presentar una queja por discriminación con el *US DHHS Office for Civil Rights, Región V*. Cualquier queja sobre *Supplemental Nutrition Assistance Program* (*FoodShare Wisconsin*), *WIC*, o *Emergency Food Assistance Program* (TEFAP), puede presentarse con el *Wisconsin DHS, AA/CRC Office* o directamente con el *U.S. Department of Agriculture* (USDA).

Todas las quejas formales se deben presentar dentro de los 180 días del supuesto acto discriminatorio; sin embargo, usted debe presentar la queja tan pronto como le sea posible después de ocurrida la acción. Si usted presenta una queja informal con su proveedor de servicios y no está satisfecho con la resolución, usted todavía puede presentar una queja formal siempre y cuando lo haga dentro del plazo de tiempo indicado.

SECCION I – QUERELLANTE

Proporcione su nombre, dirección, número de teléfono y otra información de contacto como se le solicita. Fecha de presentación es la fecha en que completa, firma y envía el formulario de queja.

SECCION II – INFORMACION DEL PROVEEDOR

Indique el nombre de la agencia que usted cree discriminó en contra suya. En esta sección, también puede completar el nombre(s) de la persona(s) los cuales usted cree discriminaron en contra suya y la agencia o recipiente que emplea a esta(s) persona(s).

SECCION III – MOTIVO DE LA DISCRIMINACION

Marque la casilla(s) que usted cree fue la fuente del acto discriminatorio sufrido a causa de su raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad o si se trata de una represalia en respuesta a una acción que usted ha informado.

SECCION IV – DECLARACION DE LA DISCRIMINACION

Describa el incidente ocurrido, o la acción que fue adoptada por el individuo (s) o la agencia que discriminó en contra suya. Explicar lo más claramente posible lo que ocurrió, ¿por qué cree usted que ocurrió y cómo fue usted discriminado? Si corresponde, por favor, incluya la forma en que otras personas fueron tratadas de manera diferente a como usted fue tratado. Si usted tiene documentos para respaldar su descripción de la discriminación que está informando, provea una copia de los documentos que respaldan lo que usted alega.

SECCION V – CERTIFICACION Y FIRMA

Se explica por si solo.

SECCION VI – COMO ENVIAR SU QUEJA

1. A Nivel Estatal

Para presentar una queja formal por discriminación sobre el *Medical Assistance Service, Women Infants and Children, Supplemental Nutrition Assistance Program (FoodShare Wisconsin), BadgerCare, SeniorCare, Child Placement Services, Medicaid, Community Aid* y otros programas dentro de la jurisdicción del *Wisconsin Department of Health Services (DHS)*, complete el *Civil Rights Complaint Form (F-80983)* Formulario de Quejas sobre Derechos Civiles y envíelo a:

Wisconsin Department of Health Services
Division of Management and Technology
Office of Affirmative Action and Civil Rights Compliance
P.O. Box 7850
Madison WI 53707

Voz: 608-266-9372, TTY: 1-888-701-1251

Email: David.Lopez@dhs.wi.gov

2. A Nivel Federal

Para presentar una queja formal por discriminación sobre cualquiera de los servicios administrados por el *Wisconsin Department of Health Services* anteriormente mencionado, escriba o llame:

Wisconsin Departamento de Servicios de Salud se ha mencionado anteriormente, escriba o llame:

U.S. Department of Health and Human Services
Office for Civil Rights-Region V
233 N. Michigan Ave.
Chicago IL 060601

Teléfono: 312-886-2359, TTY: 315-353-5693

Para presentar una queja formal por discriminación sobre el *Supplemental Nutrition Assistance Program (FoodShare Wisconsin)*, WIC o *The Emergency Food Assistance Program (TEFAP)*, escriba o llame:

USDA Director, Office of Civil Rights Room
326-W, Whitten Building 1400 Independence Ave, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410

Teléfono: 202-720-5964

O

USDA, Regional Civil Rights Office
77 Jackson Boulevard, 20th Floor
Chicago IL 60604

Teléfono: 312-353-1457