

Project Name \_\_\_\_\_  
Mailing Address \_\_\_\_\_  
City, State, ZIP \_\_\_\_\_  
Phone \_\_\_\_\_

**WIC PROGRAM  
CIVIL RIGHTS DISCRIMINATION COMPLAINT FORM  
PROGRAMA WIC**

**FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN FRENTE A DERECHOS CIVILES**

Este formulario puede utilizarse para el programa WIC Farmers' Market Nutrition Program (FMNP).  
La participación en WIC es voluntaria. La información de identificación personal se usa para determinar si califica para WIC y puede divulgarse a otros sólo si lo permiten las leyes federales y estatales.

Nombre del Guardian \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal \_\_\_\_\_

De acuerdo a lo establecido por las leyes Federales y el Departamento Agricultura de los EE. UU. (USDA siglas en inglés), se prohíbe a esta organización la discriminación por raza, color, origen nacional, sexo, edad o impedimentos de las personas. Si usted cree haber sido víctima de discriminación, llene este formulario y envíelo a:

USDA, Director, Office of Adjudication  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410  
o llame gratis al (866) 632-9992 (voz).  
Servicio Federal de Relevo (Federal Relay Service) al  
(800) 845-6136 (español) o (800) 877-8339 (inglés).

USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual a todos.

Su nombre: \_\_\_\_\_

Su dirección: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Número de teléfono donde usted puede ser contactado: \_\_\_\_\_

Dirección E -mail (si es disponible): \_\_\_\_\_

Nombre y cargo de la persona que usted considera que lo discriminó: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Fecha de la discriminación: \_\_\_\_\_

Tipo de discriminación: Raza \_\_\_ Color \_\_\_ Nacionalidad \_\_\_ Sexo \_\_\_ Edad \_\_\_ Discapacidad \_\_\_

Describe lo que ocurrió: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y dirección de testigo(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_