

**QUEJA DE DERECHOS CIVILES****CIVIL RIGHTS COMPLAINT**

Este formulario de queja de los derechos civiles es para miembros, solicitantes, inscritos y beneficiarios de cualquier programa o actividad del Department of Health Services (DHS) de Wisconsin para las investigaciones internas de DHS acerca de las quejas por discriminación sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad y, en algunos casos, credo religioso o creencia política, represalias o venganza, dependiendo del programa. **Las quejas por discriminación en el empleo o por asuntos no relacionados con las actividades o los programas de DHS no serán investigadas por esta oficina.**

Las quejas sobre los servicios y beneficios de DHS financiados por el United States Department of Health and Human Services (HHS) (por ejemplo, Medicaid / BadgerCare) también pueden presentarse ante HHS. Las quejas sobre el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) / FoodShare Wisconsin pueden presentarse ante el Supplemental Nutrition Assistance Program (USDA). Cualquier queja sobre Women, Infants and Children (WIC), The Emergency Food Assistance Program (TEFAP), Commodity Supplemental Food Program (CSFP) u otro programa que no sea sobre SNAP del USDA tiene que presentarse ante el USDA. En la mayoría de los casos, las quejas deben recibirse dentro de los 180 días posteriores al supuesto acto discriminatorio. Para obtener instrucciones sobre cómo completar este formulario, consulte las instrucciones en [www.dhs.wisconsin.gov/forms/f8/f80983as.pdf](http://www.dhs.wisconsin.gov/forms/f8/f80983as.pdf).

**SECCIÓN I – ¿Contra quién se discriminó o se tomó represalias?**

Fecha en que se completo:

Nombre		Inicial	Apellido	
Dirección postal – Calle	Ciudad		Código postal	Condado
Número de teléfono de preferencia	Otro número de teléfono	Correo electrónico (email)		Fax

Representante legal autorizado del demandante

**SECCIÓN II – ¿Qué persona u organización cree usted discriminó o tomó represalias contra usted (u otra persona)?**

Nombre (agencia, proveedor de asistencia médica o empresa)		Tipo de agencia, proveedor de asistencia médica o empresa		
Nombre - Persona responsable, si se conoce		Título de la organización		
Dirección	Ciudad		Código postal	Condado
Número de teléfono: incluya el código de área y la extensión		Correo electrónico (Email)		

**SECCIÓN III – ¿Cuál es la razón de la discriminación o represalias?**

De qué programa de DHS (por ejemplo, BadgerCare Plus, Medicaid, SeniorCare, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)/FoodShare Wisconsin, Include, Respect, I Self-Direct (IRIS), Family Care, FoodShare Employment and Training (FSET), Refugee Health Program) es usted un miembro, solicitante, inscrito o beneficiario?

¿Cuál de los siguientes alega usted que fue el motivo de la discriminación / represalias? Marque la casilla que alega es la razón por la que se discriminó/ tomó represalias contra el demandante (identificado en la Sección I).

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Raza                           | <input type="checkbox"/> Color                | <input type="checkbox"/> Origen nacional o dominio limitado del Inglés |
| <input type="checkbox"/> Sexo/género/orientación sexual | <input type="checkbox"/> Edad                 | Idioma de preferencia:   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad                   | <input type="checkbox"/> Religión / credo     |  |
| <input type="checkbox"/> Afiliación política            | <input type="checkbox"/> Venganza/represalias |  |

Fecha en que ocurrió el último incidente de discriminación:

**SECCIÓN IV – ¿Qué acción discriminatoria o vengativa le sucedió?**

---

Use páginas adicionales, según sea necesario, para llenar por completo esta sección.

1. Describa los eventos que lo hacen creer que se le discriminó al recibir beneficios, servicios o acceso a un programa de DHS.
2. Indique la fecha en que ocurrió cada acción y el nombre de la persona que tomó la acción.
3. Explique por qué cree que la acción se debió a lo que marcó en la(s) casilla(s) de la Sección III.

**SECCIÓN V – Envíe su queja**

---

**Por correo postal o electrónico:**

Department of Health Services

608-267-4955 (Voz), 608-267-1434 (Fax)

Civil Rights Compliance

711 o 800-947-3529 (TTY)

1 West Wilson Street, Room 651

Correo electrónico: [DHSCRC@dhs.wisconsin.gov](mailto:DHSCRC@dhs.wisconsin.gov)

PO Box 7850

Madison, WI 53707-7850

**Si necesita asistencia con el idioma o una acomodación para preparar esta queja, contáctenos.**

**Si tiene preguntas sobre los términos y las palabras utilizadas en este formulario, o necesita otro tipo de asistencia para completar este formulario, contáctenos.**

---

## Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

Wisconsin Department of Health Services cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Department of Health Services no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

The Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - Intérpretes capacitados.
  - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 1 West Wilson Street, Room 651, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, [dhscre@dhs.wisconsin.gov](mailto:dhscre@dhs.wisconsin.gov). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201  
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

<b>English</b> ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 844-201-6870, (TTY: 711).	<b>Deutsch (Pennsylvania Dutch)</b> Wann du [Deutsch (Pennsylvania German / Dutch)] schwetzscht, kantscht du mitaus Koschte ebber gricke, ass dihr helft mit die englisch Schprooch. Ruf selli Nummer uff: Call 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>Hmoob (Hmong)</b> LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>ພາສາລາວ (Laotian)</b> ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>繁體中文 (Chinese)</b> 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	<b>Français (French)</b> ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS: 711).
<b>Deutsch (German)</b> ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Polski (Polish)</b> UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>عربي (Arabic)</b> ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 800-201-6870 (رقم هاتف (الصم والبكم: 711)).	<b>हिंदी (Hindi)</b> ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
<b>Русский (Russian)</b> ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	<b>Shqip (Albanian)</b> KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>한국어 (Korean)</b> 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	<b>Tagalog (Tagalog – Filipino)</b> PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
<b>Tiếng Việt (Vietnamese)</b> CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	<b>Soomaali (Somali)</b> FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870, TTY: 711.