

## FORMULARIO DE QUEJA DE LA MUESTRA

El propósito de este formulario es para ayudarle a presentar una queja con el Shoshone Jt. School District 312. No es necesario que utilice este formulario; una carta con la misma información es suficiente. **Sin embargo, la información solicitada en los artículos en negrita y marcados con asterisco (\*) debe ser proporcionada, o no se utiliza el formulario de.**

1 indicar su nombre y Dirección:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: Casa: ( ) \_\_\_\_\_ trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

2 \* **personas discriminaban, si es diferente de arriba:**

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: Casa: ( ) \_\_\_\_ trabajo: ( ) \_\_\_\_\_

3 \* **Programa que discriminó y departamento o agencia:**

Name: \_\_\_\_\_

Cualquier persona si se conoce: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_

4 \* **Non-empleo: es la discriminación de preocupación de su queja en la prestación de servicios o en otras acciones discriminatorias en el departamento o agencia en su tratamiento de usted u otras personas? En caso afirmativo, sírvase indicar debajo de la base en que crees que estas acciones discriminatorias fueron tomadas (por ejemplo, "raza: African American" o "Sexo: hembra").**

\_\_\_\_\_ **Race/Color:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Origen nacional:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Sex:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Disability:** \_\_\_\_\_

\* **Empleo: ¿Su queja concierne a discriminación en el empleo por el departamento o agencia? En caso afirmativo, sírvase indicar debajo de la base en que crees que estas acciones discriminatorias fueron tomadas (por ejemplo, "raza: African American" o "Sexo: hembra").**

\_\_\_\_\_ **Race/Color:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Origen nacional:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Sex:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Age:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ **Disability:** \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es el tiempo y lugar para comunicarnos con usted acerca de esta denuncia más conveniente?

\_\_\_\_\_

Si no podremos comunicarnos directamente con usted, desee darnos el nombre y número telefónico de una persona que puede decirnos cómo contactarte o proporcionar información sobre su queja:

Name: \_\_\_\_\_

Tel. No.(    ) \_\_\_\_\_

6 Si usted tiene un abogado que representa concierne a las cuestiones planteadas en esta queja, por favor proporcione los siguientes:

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**7 \* ¿a su mejor recuerdo, en qué fecha la discriminación alegada tomó lugar?**

**Primera fecha de la discriminación:**

\_\_\_\_\_

**Datos más recientes de la discriminación:**

\_\_\_\_\_

8 denuncias de discriminación generalmente deben ser presentadas dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. Si la fecha más reciente de la discriminación, enumerada anteriormente, hace más de 180 días, usted puede solicitar una exención del requisito de presentación. Si usted desea solicitar una exención, por favor explique por qué esperó hasta ahora para presentar su queja.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**9 \* Por favor explicar tan claramente como sea posible lo que pasó, por qué crees que sucedió y cómo fueron discriminados. Indicar quién estaba implicado. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas diferentemente de ti. (Por favor use hojas adicionales si es necesario y adjunte una copia de los materiales escritos relacionados con su caso.)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

10 las leyes que reforcemos prohíben a los beneficiarios de asistencia financiera Federal intimidante o tomar represalias contra cualquier persona porque él o ella ha tomado acción o participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si usted cree que ha sido represalias contra (sepárese de la discriminación alegada en #10), por favor explique las circunstancias abajo. Asegúrese de explicar qué acciones tomaste que crees que eran la base para las presuntas represalias.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

11 por favor lista de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) si se conoce, a quien podemos contactar para que obtener información adicional apoyar o aclarar su queja.

Name: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Nº de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

12 ¿tiene cualquier otra información que crees que es relevante para nuestra investigación de sus alegaciones?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

13. ¿Qué recurso busca por la supuesta discriminación?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14 ¿tiene (o la persona discriminada) presentó la misma o alguna otra queja con otras oficinas del gobierno de Estados Unidos (incluyendo el Departamento de agricultura de Estados Unidos). Yes \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si es así, ¿recuerdas el número de quejas?

\_\_\_\_\_

¿Qué agencia y departamento o programa se presentó con?

\_\_\_\_\_

Dirección: (Incluir ciudad, estado y código postal)

\_\_\_\_\_

Nº de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Agencia del gobierno: \_\_\_\_\_

Briefly describe the nature of the complaint:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

¿Cuál fue el resultado?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

15 ¿ha presentado o pretende presentar un cargo o queja con respecto a las cuestiones planteadas en esta queja con cualquiera de los siguientes?

- U.S. igual Comisión de oportunidades laborales
- Tribunal estatal o Federal
- Su estado o su Comisión local de relaciones y derechos humanos
- Oficina de reclamación o queja

16 si ya ha presentado una acusación o denuncia con una agencia en #15, arriba indicada, por favor proporcione la siguiente información (Adjunte páginas adicionales si es necesario):

Agency: \_\_\_\_\_

Date Filed: \_\_\_\_\_

Caso o expediente número:

Fecha de juicio/vista:

Localización de agencia/corte:

Nombre del investigador:

Estado del caso:

---

---

---

---

Comments:

---

---

---

---

- 17 mientras que no es necesario para que usted sepa acerca de la ayuda que la agencia o institución que radicara contra recibe del Gobierno Federal, si sabes de algún servicio de nutrición y alimentos fondos o asistencia recibida por el programa o departamento en que ocurrió la presunta discriminación, proporcione la siguiente información.

---

---

---

---

**\* No podemos aceptar una queja si no ha sido firmado. Por favor firme y feche este formulario de queja.**

\_\_\_\_\_

**Firma fecha**

Por favor no dude en Añadir hojas adicionales para explicar la situación actual nos.

Necesitamos tu consentimiento para revelar su nombre, si es necesario, en el curso de cualquier investigación. Por lo tanto, necesitamos un formulario de consentimiento firmado de ti. (Si usted está presentando esta denuncia para una persona que se alegan ha sido discriminado, en la mayoría de los casos necesitamos un formulario de consentimiento firmado de esa persona.) Vea las notas sobre utiliza investigación de información Personal para obtener más información sobre el formulario de consentimiento. Por favor, envíe por correo el formulario de quejas de discriminación completado, firmado y el formulario de consentimiento firmado (por favor, hacer una copia de cada uno para sus registros) para:

**USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence  
Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al número  
gratuito (866) 632-9992 (voz). Individuo que son sordos o  
tienen discapacidades discurso puede comunicarse con la  
USDA a través del servicio de retransmisión Federal al (800)  
877-8339; o (800) 845-6136 (Español).**

18. ¿cómo se enteró que usted podría presentar esta queja?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participen o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

[http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://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 bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.