

#  ハワイ子供栄養プログラム

 **差別に関する苦情フォームの説明**

(苦情フォームは 2 ページから始まります)

**目的：**このフォームは、USDA の栄養プログラムまたは活動で差別を受けたと思われ、差別の苦情を申し立てたい場合に使用できます。このフォームは、人種、肌の色、出身国、年齢、性別 (性同一性と性的指向を含む)、および障害に基づく差別の苦情を申し立てるために使用できます。フォームへの記入でサポートが必要な場合は、苦情フォームの下部に記載されている電話番号にお電話ください。苦情フォームを使用する必要はありません。代わりに手紙を書くこともできます。手紙を書く場合は、フォームで要求されたすべての情報を記載し、あなたまたはあなたの正式な代理人が署名する必要があります。また、FAX または米国郵政公社の郵便で苦情を送信することもできます。

私たちはあなたの苦情の署名付きコピーを持っていなければなりません.不完全な情報または署名されていないフォームは、苦情の処理を遅らせます。

**提出期限:**プログラムの差別に関する苦情は、USDA によって提出期限が延長されない限り、申し立てられた差別について知っていた、または知っていたはずの日付から 180 日以内に提出する必要があります。郵送で送られた苦情は、苦情が署名された日に提出されたと見なされます。ただし、苦情の手紙の日付が消印日から 7 日以上異なっている場合は、消印日が提出日として使用されます。ファックスまたは電子メールで送信された苦情文書または苦情フォームは、苦情がファックスまたは電子メールで送信された日に提出されたと見なされます。 180 日の期限後に提出された苦情には、遅延の「正当な理由」の説明を含める必要があります。

たとえば、次の場合:

1. 180 日以内に差別行為を知ることは合理的に期待できませんでした。
2. あなたは重病または無力でした。
3. 同じ苦情が別の連邦、州、または地方の機関に提出されましたが、その機関はあなたの苦情に対応できませんでした。

**栄養プログラムに関する USDA の方針:**連邦法および政策では、人種、肌の色、出身国、年齢、性別 (性同一性および性的指向を含む)、障害に基づく差別を禁止しています。

**報復（報復）の禁止：**USDA およびそのプログラムを代表する人物を含む、USDA の機関、役員、従業員、または代理人は、差別の申し立てを提出した人または参加している人に対して、脅迫、脅迫、嫌がらせ、強要、差別、またはその他の方法で報復してはなりません。差別の主張を提起する調査またはその他の手続きにおいて、いかなる方法でも。

記入済みのフォームが苦情ケースとして受理された場合、調査中に収集された情報は、プログラムの差別に関する苦情を処理するために使用されます。



ハワイ子供栄養プログラム

差別苦情フォーム

名: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ミドルネームのイニシャル: \_\_\_\_ 姓: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

送り先： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 市: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 郵便番号: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

市外局番付きの電話番号: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

電子メールアドレス： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

あなたに到達するための最良の方法は、チェックしてください (✓) 1 つ: ⬜ メール ⬜ 電話 ⬜ E メール ⬜ その他: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

この苦情の代理人 (弁護士またはその他の擁護者) はいますか? ⬜ はい ⬜ いいえ

 はいの場合、代表者について次の情報を提供してください。

 名前苗字： \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 住所: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 都市: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 州: \_\_\_\_\_\_\_\_ 郵便番号: \_\_\_\_\_\_\_\_

 電話番号: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Eメール: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. 誰があなたを差別していると思いますか?苦情を申し立てる個人または組織の名前。 (必要に応じて、追加のページを使用してください) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 苦情に関連するプログラムにチェック (✓) してください (既知の場合/該当する場合):

 ⬜ 全国学校給食プログラム/学校朝食プログラム

 ⬜ チャイルド アンド アダルト ケア フード プログラム

 ⬜ サマーフードサービスプログラム

1. 差別されたと感じた出来事は何ですか。申し立てられた差別が 2 回以上発生した場合は、他の日付を記入し、何が起こったかを説明してください。必要に応じて追加のページを使用し、何が起こったかを示すのに役立つサポート ドキュメントを含めます。

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

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

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

1. 差別はいつから？日にち： \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

 月日年

 差別が複数回発生した場合は、他の日付を記入してください。

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

 月日年

1. 差別はどこで起こったのですか？事件が発生した場所の住所:

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

 番号と番地または私書箱の都市 州の郵便番号

1. 人種、肌の色、年齢、性別 (性同一性と性的指向を含む)、出身国、または障害に基づいてあなたを差別することは法律違反です。以前の公民権活動に基づく報復は禁止されています。私は、以下に基づいて差別を受けたと思います。

 ⬜ 人種 ⬜ 色⬜ 年

* 性別（性同一性と性的指向を含む）

⬜ 国籍⬜ 障害

1. あなたの苦情は差別に関するものですか？雇用 あなたや他の人々の扱いにおいて、部門や機関によって？⬜ はい⬜ いいえ
2. 上記 2 の行動を知っている可能性のある人物の名前、役職、電子メール/電話番号をリストします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 名前 | タイトル | メール/電話番号 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. 救済策: この苦情をどのように解決したいと思いますか? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. 別の連邦、州、または地方の機関または裁判所に、事件について苦情を申し立てましたか?⬜ はい⬜ いいえ

 はいの場合、どの機関または裁判所に申し立てを行いましたか?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. いつ提出しましたか？日にち： \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

 月日年

**サイン：** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**日にち：**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

すべての苦情は、書面または口頭で受け入れられるものとします。

 記入済みのフォームを郵送、FAX、または電子メールで送信: ハワイ児童栄養プログラムへのお問い合わせ先:

 ハワイ子供栄養プログラムまた 電話: (808) 587-3600

 650 ヤード ロード、スイート 270

 ホノルル、ハワイ 96817

 ファックス: (808) 587-3606

 電子メール: hcnp@k12.hi.us