

#  Programas de nutrición infantil de Hawái

 **Instrucciones para el formulario de denuncia por discriminación**

(El formulario de queja comienza en la página 2)

**OBJETIVO:**Este formulario se puede usar si cree que ha sido objeto de discriminación en los programas o actividades de nutrición del USDA y desea presentar una queja por discriminación. El formulario se puede utilizar para presentar una denuncia de discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, edad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual) y discapacidad. Si necesita ayuda para completar el formulario, puede llamar al número de teléfono que se encuentra en la parte inferior del formulario de queja. No está obligado a utilizar el formulario de quejas. En su lugar, puede escribir una carta. Si escribe una carta, debe contener toda la información solicitada en el formulario y estar firmada por usted o su representante autorizado. También puede enviar una queja por FAX o correo postal de los Estados Unidos.

Debemos tener una copia firmada de su queja. La información incompleta o un formulario sin firmar retrasará el procesamiento de su queja.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN:**Una queja de discriminación del programa debe presentarse a más tardar 180 días a partir de la fecha en que supo o debería haber sabido de la supuesta discriminación, a menos que el USDA extienda el tiempo de presentación. Las quejas enviadas por correo se consideran presentadas en la fecha en que se firmó la queja, a menos que la fecha de la carta de queja difiera siete días o más de la fecha del matasellos, en cuyo caso se utilizará la fecha del matasellos como fecha de presentación. La documentación de la queja o los formularios de queja enviados por fax o correo electrónico se considerarán presentados el día en que se envíe la queja por fax o correo electrónico. Las quejas presentadas después de la fecha límite de 180 días deben incluir una explicación de "buena causa" para la demora.

Por ejemplo, si:

1. No se podría haber esperado razonablemente que usted supiera del acto discriminatorio dentro del período de 180 días;
2. Estaba gravemente enfermo o incapacitado;
3. La misma queja se presentó ante otra agencia federal, estatal o local y esa agencia no actuó con respecto a su queja.

**POLÍTICA DEL USDA PARA PROGRAMAS DE NUTRICIÓN:**Las leyes y políticas federales prohíben la discriminación en su contra por lo siguiente: raza, color, origen nacional, edad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual) y discapacidad.

**REPRESALIAS (REPRESALIAS) PROHIBIDAS:**Ninguna agencia, funcionario, empleado o agente del USDA, incluidas las personas que representan al USDA y sus programas, intimidará, amenazará, acosará, coaccionará, discriminará ni tomará represalias contra nadie que haya presentado una queja por supuesta discriminación o que participe de cualquier manera en una investigación u otro procedimiento que plantee reclamos de discriminación.

Si el formulario completo se acepta como un caso de queja, la información recopilada durante la investigación se utilizará para procesar su queja de discriminación del programa.



 Programas de nutrición infantil de Hawái

Formulario de denuncia por discriminación

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre: \_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de envio: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Ciudad (\*): Estado (\*): Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono con código de área: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La mejor manera de contactarlo, marque (✓) uno: ⬜ Correo ⬜ Teléfono ⬜ E-mail ⬜ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene un representante (abogado u otro defensor) para esta queja? ⬜ Sí ⬜ No

 En caso afirmativo, proporcione la siguiente información sobre su representante:

 Nombre Apellido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_

 Teléfono: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Quién crees que te discriminó? Nombre(s) de la(s) persona(s) u organizaciones contra las que presenta una queja. (Utilice páginas adicionales, si es necesario) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Marque (✓) el programa que se relaciona con su queja (si lo conoce/si corresponde):

 ⬜ Programa Nacional de Almuerzos Escolares/Programa de Desayunos Escolares

 ⬜ Programa de Alimentación para el Cuidado de Niños y Adultos

 ⬜ Programa de servicio de alimentos de verano

1. ¿Qué sucedió que le hizo sentir que había sido discriminado? Si la supuesta discriminación ocurrió más de una vez, proporcione las otras fechas y describa lo que sucedió. Use páginas adicionales, si es necesario, e incluya documentos de respaldo que ayuden a mostrar lo que sucedió.

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

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

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

1. ¿Cuándo ocurrió la discriminación? Fecha: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

 Mes día año

 Si la discriminación ocurrió más de una vez, proporcione las otras fechas:

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

 Mes día año

1. ¿Dónde ocurrió la discriminación? Dirección del lugar donde ocurrió el incidente:

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

 Número y Calle o Apartado Postal Ciudad Código postal del estado

1. Es una violación de la ley discriminarlo en base a lo siguiente: RAZA, COLOR, EDAD, SEXO (incluida la identidad de género y la orientación sexual), ORIGEN NACIONAL o DISCAPACIDAD. Las represalias están prohibidas en base a actividades previas de derechos civiles. Creo que fui discriminado en base a mi:

 ⬜ Carrera ⬜ Color⬜ Edad

* Sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual)

⬜ origen nacional⬜ Discapacidad

1. ¿Su queja se refiere a la discriminación enempleo por el departamento o agencia en su trato hacia usted o hacia otros?⬜ Sí⬜ No
2. Enumere los nombres, títulos y correo electrónico/número de teléfono de las personas que puedan tener conocimiento de las acciones indicadas en el número 2 anterior.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre | Título | Correo electrónico/Número de teléfono |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Remedios: ¿Cómo le gustaría que se resolviera esta queja? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. ¿Ha presentado una queja sobre el(los) incidente(s) ante otra agencia federal, estatal o local o ante un tribunal?⬜ Sí⬜ No

 En caso afirmativo, ¿con qué agencia o tribunal presentó la solicitud? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. ¿Cuándo presentaste? Fecha: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

 Mes día año

**Firma:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Fecha:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Todas las quejas, escritas o verbales, serán aceptadas.

 Envíe el formulario completo por correo, FAX o correo electrónico a: Comuníquese con los Programas de Nutrición Infantil de Hawái al:

 Programas de nutrición infantil de HawáiO Teléfono: (808) 587-3600

 650 Yard Road, Suite 270

 Honolulu, Hawái 96817

 FAX: (808) 587-3606

 Correo electrónico: hcnp@k12.hi.us