

# Mga Programa sa Nutrisyon ng Bata sa Hawaii

**Mga Tagubilin sa Form ng Reklamo sa Diskriminasyon**

(Ang form ng reklamo ay nagsisimula sa pahina 2)

**LAYUNIN:**Maaaring gamitin ang form na ito kung naniniwala kang sumailalim ka sa diskriminasyon sa mga programa o aktibidad sa nutrisyon ng USDA at nais mong magsampa ng reklamo ng diskriminasyon. Maaaring gamitin ang form upang maghain ng reklamo ng diskriminasyon batay sa lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kasarian (kabilang ang pagkakakilanlan ng kasarian at oryentasyong sekswal), at kapansanan. Kung kailangan mo ng tulong sa pagsagot sa form, maaari kang tumawag sa numero ng telepono na nakalista sa ibaba ng form ng reklamo. Hindi mo kailangang gamitin ang form ng reklamo. Maaari kang magsulat ng isang liham sa halip. Kung susulat ka ng liham dapat itong naglalaman ng lahat ng impormasyong hinihiling sa form at pinirmahan mo o ng iyong awtorisadong kinatawan. Maaari ka ring magpadala ng reklamo sa pamamagitan ng FAX o United States Postal Service Mail.

Dapat ay mayroon kaming pinirmahang kopya ng iyong reklamo. Ang hindi kumpletong impormasyon o isang hindi napirmahang form ay maaantala ang pagproseso ng iyong reklamo.

**DEADLINE NG PAG-FILING:**Ang isang reklamo sa diskriminasyon sa programa ay dapat na ihain nang hindi lalampas sa 180 araw ng petsa na alam mo o dapat na alam mo ang pinaghihinalaang diskriminasyon, maliban kung ang oras para sa paghahain ay pinalawig ng USDA. Ang mga reklamong ipinadala sa pamamagitan ng koreo ay itinuturing na isinampa sa petsa kung kailan nilagdaan ang reklamo, maliban kung ang petsa sa liham ng reklamo ay naiiba ng pitong araw o higit pa mula sa petsa ng postmark, kung saan ang petsa ng postmark ay gagamitin bilang petsa ng paghaharap. Ang dokumentasyon ng reklamo o Mga Form ng Reklamo na ipinadala sa pamamagitan ng fax o e-mail ay ituturing na isinampa sa araw na ang reklamo ay na-fax o na-e-mail. Ang mga reklamong inihain pagkatapos ng 180-araw na deadline ay dapat na may kasamang 'magandang dahilan' na paliwanag para sa pagkaantala.

Halimbawa, kung:

1. Hindi makatwirang inaasahan mong malaman ang tungkol sa diskriminasyong gawa sa loob ng 180 araw;
2. Ikaw ay may malubhang karamdaman o walang kakayahan;
3. Ang parehong reklamo ay inihain sa isa pang Federal, estado, o lokal na ahensya at ang ahensyang iyon ay nabigong kumilos sa iyong reklamo.

**PATAKARAN NG USDA PARA SA MGA PROGRAMA NG NUTRITION:**Ipinagbabawal ng pederal na batas at patakaran ang diskriminasyon laban sa iyo batay sa mga sumusunod: lahi, kulay, bansang pinagmulan, edad, kasarian (kabilang ang pagkakakilanlan ng kasarian at oryentasyong sekswal), at kapansanan.

**BAWAL ANG PAGSUSULIT (RETALIATION):**Walang Ahensya, opisyal, empleyado, o ahente ng USDA, kabilang ang mga taong kumakatawan sa USDA at mga programa nito, ang dapat manakot, magbanta, mang-harass, pumipilit, magdiskrimina, o gumanti sa sinumang nagsampa ng reklamo ng di-umano'y diskriminasyon o nakikilahok sa anumang paraan sa isang pagsisiyasat o iba pang paglilitis na nagtataas ng mga paghahabol ng diskriminasyon.

Kung ang nakumpletong form ay tinanggap bilang isang kaso ng reklamo, ang impormasyong nakolekta sa panahon ng pagsisiyasat ay gagamitin upang iproseso ang iyong reklamo sa diskriminasyon sa programa.



Mga Programa sa Nutrisyon ng Bata sa Hawaii

Form ng Reklamo sa Diskriminasyon

Unang Pangalan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Gitnang Inisyal: \_\_\_\_ Apelyido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Lungsod: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numero ng Telepono na may area code: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pinakamahusay na paraan upang maabot ka, suriin (✓) isa: ⬜ Mail ⬜ Telepono ⬜ E-mail ⬜ Iba pa: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Mayroon ka bang kinatawan (abogado o iba pang tagapagtaguyod) para sa reklamong ito? ⬜ Oo ⬜ Hindi

Kung oo, mangyaring ibigay ang sumusunod na impormasyon tungkol sa iyong kinatawan:

Unang Pangalan: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Apelyido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lungsod: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_ Zip Code: \_\_\_\_\_\_\_

Telepono: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Sino sa tingin mo ang may diskriminasyon sa iyo? Pangalan ng (mga) tao o organisasyon kung saan ka nagsampa ng reklamo. (Gumamit ng mga karagdagang pahina, kung kinakailangan) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pakilagyan ng tsek (✓) ang programang nauugnay sa iyong reklamo (kung alam/kung naaangkop):

⬜ National School Lunch Program/School Breakfast Program

⬜ Programa ng Pagkain sa Pangangalaga ng Bata at Pang-adulto

⬜ Summer Food Service Program

1. Ano ang nangyari na nagparamdam sa iyo na ikaw ay may diskriminasyon? Kung ang di-umano'y diskriminasyon ay nangyari nang higit sa isang beses, mangyaring ibigay ang iba pang mga petsa at ilarawan kung ano ang nangyari. Gumamit ng mga karagdagang pahina, kung kinakailangan at isama ang mga sumusuportang dokumento na makakatulong sa pagpapakita kung ano ang nangyari.

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

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

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

1. Kailan nangyari ang diskriminasyon? Petsa: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

Buwan Araw Taon

Kung ang diskriminasyon ay nangyari nang higit sa isang beses, mangyaring ibigay ang iba pang mga petsa:

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

Buwan Araw Taon

1. Saan nangyari ang diskriminasyon? Address ng lokasyon kung saan nangyari ang insidente:

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

Numero at Kalye o PO Box City Zip Code ng Estado

1. Isang paglabag sa batas ang diskriminasyon laban sa iyo batay sa mga sumusunod: LAHI, KULAY, EDAD, KASARIAN (kabilang ang pagkakakilanlan ng kasarian at oryentasyong sekswal), PAMBANSANG PINAGMULAN, o KASANSAN. Ang paghihiganti ay ipinagbabawal batay sa naunang aktibidad ng karapatang sibil. Naniniwala akong nadiskrimina ako batay sa aking:

⬜ Lahi ⬜ Kulay⬜ Edad

* Kasarian (kabilang ang pagkakakilanlan ng kasarian at oryentasyong sekswal)

⬜ Pambansang lahi⬜ Kapansanan

1. May kinalaman ba ang iyong reklamo sa diskriminasyontrabaho ng departamento o ahensya sa pagtrato nito sa iyo o sa iba?⬜ Oo⬜ Hindi
2. Ilista ang mga pangalan, titulo at numero ng e-mail/telepono ng mga tao na maaaring may kaalaman sa mga aksyon na ibinigay sa numero 2 sa itaas.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pangalan | Pamagat | E-mail/Numero ng Telepono |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Mga remedyo: Paano mo gustong makitang naresolba ang reklamong ito? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. Nagsampa ka ba ng reklamo tungkol sa (mga) insidente sa ibang pederal, estado, o lokal na ahensya o sa isang hukuman?⬜ Oo⬜ Hindi

Kung oo, sa anong ahensya o korte ka nagsampa?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. Kailan ka nag-file? Petsa: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

Buwan Araw Taon

**Lagda:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Petsa:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Lahat ng mga reklamo, nakasulat o pasalita, ay dapat tanggapin.

Mail, FAX, o E-mail na nakumpletong form sa: Makipag-ugnayan sa Hawaii Child Nutrition Programs sa:

Mga Programa sa Nutrisyon ng Bata sa HawaiiO Telepono: (808) 587-3600

650 Yard Road, Suite 270

Honolulu, Hawaii 96817

FAX: (808) 587-3606

Email: hcnp@k12.hi.us