

#  โครงการโภชนาการเด็กฮาวาย

 **คำแนะนำแบบฟอร์มการร้องเรียนการเลือกปฏิบัติ**

(แบบฟอร์มการร้องเรียนเริ่มที่หน้า 2)

**วัตถุประสงค์:**แบบฟอร์มนี้อาจใช้หากคุณเชื่อว่าคุณถูกเลือกปฏิบัติในโครงการหรือกิจกรรมด้านโภชนาการของ USDA และคุณต้องการยื่นเรื่องร้องเรียนการเลือกปฏิบัติ สามารถใช้แบบฟอร์มนี้เพื่อยื่นเรื่องร้องเรียนการเลือกปฏิบัติจากเชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด อายุ เพศ (รวมถึงอัตลักษณ์ทางเพศและรสนิยมทางเพศ) และความทุพพลภาพ หากคุณต้องการความช่วยเหลือในการกรอกแบบฟอร์ม คุณสามารถโทรไปที่หมายเลขโทรศัพท์ที่ระบุไว้ด้านล่างของแบบฟอร์มการร้องเรียน คุณไม่จำเป็นต้องใช้แบบฟอร์มการร้องเรียน คุณอาจเขียนจดหมายแทน หากคุณเขียนจดหมาย จดหมายจะต้องมีข้อมูลทั้งหมดที่ร้องขอในแบบฟอร์มและลงนามโดยคุณหรือตัวแทนที่ได้รับอนุญาตของคุณ คุณยังสามารถส่งข้อร้องเรียนทางโทรสารหรือบริการไปรษณีย์ของสหรัฐอเมริกา

เราต้องมีสำเนาการร้องเรียนของคุณพร้อมลายเซ็น ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์หรือแบบฟอร์มที่ไม่ได้ลงนามจะทำให้การประมวลผลการร้องเรียนของคุณล่าช้า

**กำหนดเวลายื่น:**การร้องเรียนเรื่องการเลือกปฏิบัติในโปรแกรมจะต้องยื่นภายใน 180 วันนับจากวันที่คุณทราบหรือควรทราบเกี่ยวกับการเลือกปฏิบัติที่ถูกกล่าวหา เว้นแต่ USDA จะขยายเวลาในการยื่นเรื่อง การร้องเรียนที่ส่งทางไปรษณีย์จะถือว่ายื่นในวันที่ลงนามในจดหมายร้องเรียน เว้นแต่วันที่ในจดหมายร้องเรียนจะแตกต่างจากวันที่ประทับตราไปรษณีย์อย่างน้อยเจ็ดวัน ซึ่งในกรณีนี้จะใช้วันที่ประทับตราไปรษณีย์เป็นวันยื่น เอกสารการร้องเรียนหรือแบบฟอร์มการร้องเรียนที่ส่งทางโทรสารหรืออีเมลจะได้รับการพิจารณายื่นในวันที่มีการส่งโทรสารหรืออีเมลการร้องเรียน การร้องเรียนที่ยื่นหลังกำหนด 180 วันจะต้องมีคำอธิบาย 'สาเหตุที่ดี' สำหรับความล่าช้า

ตัวอย่างเช่น ถ้า:

1. คุณไม่สามารถคาดหวังได้อย่างสมเหตุสมผลให้ทราบถึงการเลือกปฏิบัติภายในระยะเวลา 180 วัน
2. คุณป่วยหนักหรือไร้ความสามารถ
3. มีการยื่นเรื่องร้องเรียนเดียวกันนี้กับหน่วยงานรัฐบาลกลาง รัฐ หรือท้องถิ่นอื่น และหน่วยงานนั้นไม่สามารถดำเนินการตามคำร้องเรียนของคุณได้

**นโยบายของ USDA สำหรับโปรแกรมโภชนาการ:**กฎหมายและนโยบายของรัฐบาลกลางห้ามการเลือกปฏิบัติต่อคุณโดยพิจารณาจากสิ่งต่อไปนี้: เชื้อชาติ สีผิว ชาติกำเนิด อายุ เพศ (รวมถึงอัตลักษณ์ทางเพศและรสนิยมทางเพศ) และความทุพพลภาพ

**การตอบโต้ (ตอบโต้) ห้าม:**ไม่มีหน่วยงาน เจ้าหน้าที่ พนักงาน หรือตัวแทนของ USDA รวมถึงบุคคลที่เป็นตัวแทนของ USDA และโปรแกรมของ USDA จะต้องข่มขู่ คุกคาม ก่อกวน บีบบังคับ เลือกปฏิบัติ หรือตอบโต้ใครก็ตามที่ยื่นเรื่องร้องเรียนการเลือกปฏิบัติที่ถูกกล่าวหาหรือผู้ที่เข้าร่วม ในลักษณะใด ๆ ในการสอบสวนหรือการดำเนินการอื่น ๆ ที่อ้างถึงการเลือกปฏิบัติ

หากแบบฟอร์มที่กรอกข้อมูลครบถ้วนได้รับการยอมรับเป็นกรณีการร้องเรียน ข้อมูลที่รวบรวมระหว่างการสอบสวนจะถูกนำไปใช้เพื่อดำเนินการร้องเรียนเรื่องการเลือกปฏิบัติในโครงการของคุณ



โครงการโภชนาการเด็กฮาวาย

แบบฟอร์มการร้องเรียนการเลือกปฏิบัติ

ชื่อจริง: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ชื่อกลาง: \_\_\_\_ นามสกุล: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ที่อยู่ทางไปรษณีย์: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 เมือง: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ รัฐ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

หมายเลขโทรศัพท์พร้อมรหัสพื้นที่: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ที่อยู่อีเมล: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

วิธีที่ดีที่สุดในการติดต่อคุณ ให้เลือก (✓) หนึ่ง: ⬜ จดหมาย ⬜ โทรศัพท์ ⬜ อีเมล ⬜ อื่นๆ: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

คุณมีตัวแทน (ทนายความหรือทนายความอื่นๆ) สำหรับการร้องเรียนนี้หรือไม่? ⬜ ใช่ ⬜ ไม่ใช่

 ถ้าใช่ โปรดระบุข้อมูลต่อไปนี้เกี่ยวกับตัวแทนของคุณ:

 ชื่อนามสกุล: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ที่อยู่: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ เมือง: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ รัฐ: \_\_\_\_\_\_\_\_ รหัสไปรษณีย์: \_\_\_\_\_\_\_

 โทรศัพท์: ( )\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ อีเมล: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. คุณเชื่อว่าใครเลือกปฏิบัติกับคุณ? ชื่อของบุคคลหรือองค์กรที่คุณยื่นเรื่องร้องเรียน (ใช้หน้าเพิ่มเติม ถ้าจำเป็น) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 โปรดตรวจสอบ (✓) โปรแกรมที่เกี่ยวข้องกับการร้องเรียนของคุณ (หากทราบ/ถ้ามี):

 ⬜ โครงการอาหารกลางวันของโรงเรียนแห่งชาติ/โครงการอาหารเช้าในโรงเรียน

 ⬜ โปรแกรมอาหารเด็กและผู้ใหญ่

 ⬜ โครงการบริการอาหารภาคฤดูร้อน

1. เกิดอะไรขึ้นที่ทำให้คุณรู้สึกว่าถูกเลือกปฏิบัติ? หากการเลือกปฏิบัติที่ถูกกล่าวหาเกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งครั้ง โปรดระบุวันที่อื่นและอธิบายสิ่งที่เกิดขึ้น ใช้หน้าเพิ่มเติมหากจำเป็นและรวมเอกสารประกอบที่จะช่วยแสดงว่าเกิดอะไรขึ้น

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

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

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

1. การเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นเมื่อใด? วันที่: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_

 เดือนวันปี

 หากการเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นมากกว่าหนึ่งครั้ง โปรดระบุวันที่อื่นๆ:

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

 เดือนวันปี

1. การเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นที่ใด ที่อยู่ที่เกิดเหตุ :

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

 เลขที่ และ ถนน หรือ ปณ. เมือง รหัสไปรษณีย์

1. การเลือกปฏิบัติต่อคุณโดยพิจารณาจากสิ่งต่อไปนี้ถือเป็นการละเมิดกฎหมาย: เชื้อชาติ สีผิว อายุ เพศ (รวมถึงอัตลักษณ์ทางเพศและรสนิยมทางเพศ) ชาติกำเนิด หรือความพิการ การตอบโต้เป็นสิ่งต้องห้ามตามกิจกรรมด้านสิทธิพลเมืองก่อนหน้านี้ ฉันเชื่อว่าฉันถูกเลือกปฏิบัติเนื่องจาก:

 ⬜ แข่ง ⬜ สี⬜ อายุ

* เพศ (รวมถึงอัตลักษณ์ทางเพศและรสนิยมทางเพศ)

⬜ ชาติกำเนิด⬜ ความพิการ

1. การร้องเรียนของคุณเกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติหรือไม่การจ้างงาน โดยแผนกหรือหน่วยงานในการปฏิบัติต่อคุณหรือผู้อื่น?⬜ ใช่⬜ เลขที่
2. รายชื่อ ตำแหน่ง และอีเมล/หมายเลขโทรศัพท์ของบุคคลที่อาจมีส่วนรู้เห็นในการดำเนินการตามข้อ 2 ข้างต้น

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ชื่อ | ชื่อ | อีเมล/หมายเลขโทรศัพท์ |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. การเยียวยา: คุณต้องการให้ข้อร้องเรียนนี้ได้รับการแก้ไขอย่างไร \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

1. คุณได้ยื่นคำร้องเกี่ยวกับเหตุการณ์นี้กับหน่วยงานรัฐบาลกลาง รัฐ หรือท้องถิ่น หรือศาลหรือไม่?⬜ ใช่⬜ เลขที่

 ถ้าใช่ คุณยื่นฟ้องกับหน่วยงานหรือศาลใด\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. คุณยื่นเมื่อไหร่ วันที่: \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_

 เดือนวันปี

**ลายเซ็น:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**วันที่:**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

การร้องเรียนทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นลายลักษณ์อักษรหรือด้วยวาจาจะต้องได้รับการยอมรับ

 ส่งแบบฟอร์มทางไปรษณีย์ แฟกซ์ หรืออีเมลมาที่: ติดต่อโครงการโภชนาการเด็กฮาวายได้ที่:

 โครงการโภชนาการเด็กฮาวายหรือ โทรศัพท์: (808) 587-3600

 650 ถนนยาร์ด ห้องชุด 270

 โฮโนลูลู ฮาวาย 96817

 โทรสาร: (808) 587-3606

 อีเมล: hcnp@k12.hi.us