

DISTRITO ESCOLAR DE FULLERTON
Departamento de Servicios de Nutrición
FORMULARIO DE QUEJAS DE DERECHOS CIVILES

El propósito de este formulario es ayudarlo a presentar una queja ante el **Departamento de Servicios de Nutrición del Distrito Escolar de Fullerton**. No está obligado a utilizar este formulario; Una carta con la misma información es suficiente. Sin embargo, se debe proporcionar la información solicitada en los elementos marcados con un asterisco (*) debe ser provisto.

1. Indique su nombre y dirección:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: Casa: () _____ Trabajo: () _____

2. *Persona (s) discriminada (s), si es diferente de la anterior:

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: Casa: () _____ Trabajo: () _____

3. *Agencia y departamento o programa que discriminó:

Nombre: _____

Cualquier individuo si se conoce: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: () _____

4. *No-empleo: Su queda tiene que ver con la discriminación en la prestación de servicios o en otras acciones discriminatorias en el departamento o agencia en su tratamiento de usted o de otros? Si es así, indique a continuación la (s) base (s) en las que cree que se tomaron estas acciones discriminatorias (por ejemplo, “Raza: afroamericana” o “Sexo: mujer”).

DISTRITO ESCOLAR DE FULLERTON
Departamento de Servicios de Nutrición
FORMULARIO DE QUEJAS DE DERECHOS CIVILES

___ Raza/Color: _____
___ Origen Nacional _____
___ Sexo: _____
___ Religion: _____
___ Edad: _____
___ Discapacidad: _____

*Empleo: Su queja se relaciona con la discriminación en el empleo por parte del departamento o la agencia? Si es así, indique a continuación la (s) base (s) en las que cree que se tomaron estas acciones discriminatorias (por ejemplo, "Raza: afroamericana" o "Sexo: mujer").

___ Raza/Color: _____
___ Origen Nacional: _____
___ Sexo: _____
___ Religion: _____
___ Edad: _____
___ Discapacidad: _____

5. Cuál es la mejor hoja y lugar más conveniente para comunicarnos con usted sobre esta queja?

Si no podemos comunicarnos con usted directamente, y desea darnos el nombre y número de teléfono de una persona que nos pueda decir cómo contactarlo /o proveernos información acerca de su queja:
Nombre: _____

Numero de Telefono: () _____

6. Si tiene un abogado que lo represente en relación con los asuntos planteados en esta queja, proporcione lo siguiente.

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: () _____

7. *A su mejor recuerdo, en qué fecha (s) tuvo lugar la supuesta discriminación? Fecha más reciente de discriminación:

Discriminaciones mas recientes:

DISTRITO ESCOLAR DE FULLERTON
Departamento de Servicios de Nutrición
FORMULARIO DE QUEJAS DE DERECHOS CIVILES

8. Las quejas de discriminación generalmente deben presentarse dentro de los 180 días de la supuesta discriminación. Si la fecha más reciente de discriminación, mencionada anteriormente, fue hace más de 180 días, puede solicitar una exención del requisito de presentación. Si desea solicitar una exención, explique por qué esperó hasta ahora para presentar su queja.

9. * Explique lo más claramente posible qué sucedió, por qué cree que sucedió y cómo fue discriminado. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Use hojas adicionales si es necesario y adjunte una copia de los materiales escritos relacionados con su caso).

10. Las leyes que aplicamos prohíben que los beneficiarios del asistente financiero federal intimiden o tomen represalias contra cualquier persona porque él o ella ha tomado medidas o ha participado en la acción (por separado de la discriminación presunta en el número 9), por favor explique las circunstancias a continuación. Asegúrese de explicar qué acciones tomó y que cree que fueron la base de una supuesta represalia.

11. Por favor liste a continuación cualquier persona ((testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros), si conoce, con quien podamos comunicarnos para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja.

Nombre: _____

Dirección: _____

Numero de Telefono: () _____

DISTRITO ESCOLAR DE FULLERTON
Departamento de Servicios de Nutrición
FORMULARIO DE QUEJAS DE DERECHOS CIVILES

12. Tiene alguna otra información que considere relevante para nuestra investigación de sus acusaciones?

13. Qué remedio estás buscando para la supuesta discriminación?

14. Ha presentado usted (o la persona discriminada) la misma o cualquier otra queja ante otras oficinas del Gobierno de los Estados Unidos (incluido el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos)?

Si _____ No _____

Si es así, recuerdas el número de queja?

Con qué agencia y departamento o programa se presentó

Dirección: (Incluir Ciuda, Estado, y Código Postal)

Número de Teléfono: () _____

Fecha y Archivo: _____

Agencia del Gobierno: _____

Describe brevemente la naturaleza de la queja.

DISTRITO ESCOLAR DE FULLERTON
Departamento de Servicios de Nutrición
FORMULARIO DE QUEJAS DE DERECHOS CIVILES

Cuales fueron los resultados?

15. Ha presentado o tiene la intención de presentar un cargo o queja con respecto a los asuntos planteados en esta queja con cualquiera de los siguientes?

- E.U. Comisión de igualdad de oportunidades
- Corte Federal o del Estado
- Su Estado o Relaciones Humanas Locales/Comisión de Derechos
- Oficina de reclamos o quejas

16. Si ya presentó un cargo o una queja ante una agencia indicada en el número 15 anterior, proporcione la siguiente información (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Agencia: _____
Dia de Archivo: _____
Numero de Caso o Expediente: _____
Dia del Camino/Audencia: _____
Ubicación de Agencia/Corte: _____
Nombre del Investigador: _____
Estado del caso: _____

Comentarios:

17. Mientras es necesario que sepa sobre la ayuda que recibe de parte del gobierno federal la agencia o institución contra la que se está presentando, si conoce algún fondo o asistencia de los Servicios de Alimentos y Nutrición recibidos por el programa o departamento en el que ocurrió la supuesta discriminación, por favor proporcione esa información a continuación.

* No podemos aceptar una queja si no ha sido asignada. Por favor firme y ponga la fecha en este formulario de queja a continuación.

Firma

Fecha

DISTRITO ESCOLAR DE FULLERTON
Departamento de Servicios de Nutrición
FORMULARIO DE QUEJAS DE DERECHOS CIVILES

Por favor, siéntase libre de agregar hojas adicionales para explicarnos la situación actual.

Necesitaremos su consentimiento para revelar su nombre, si es necesario, en el curso de cualquier investigación. Por lo tanto, necesitaremos un formulario de consentimiento firmado por usted. (Si está presentando esta queja por una persona de la que dice que ha sido discriminada, en la mayoría de los casos necesitaremos un Formulario de consentimiento firmado por esa persona). Consulte el aviso sobre usos investigativos de información personal para obtener información sobre el Formulario de consentimiento. Envíe por correo el Formulario de quejas de discriminación completo y firmado y el Formulario de consentimiento firmado (haga una copia de cada uno para sus registros) al:

DONDE PRESENTAR UNA QUEJA

Para presentar una queja de discriminación del programa, complete el [Formulario de reclamo por discriminación del programa del USDA \(AD-3027\)](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba un carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al [\(866\) 632-9992](tel:8666329992). Envíe su formulario o carta completa a 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](tel:2026907442); or
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov;

De acuerdo con las leyes y leyes federales de derechos civiles y el Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad, represalia o represalia por una actividad previa de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Esta Institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

DISTRITO ESCOLAR DE FULLERTON
Departamento de Servicios de Nutrición
FORMULARIO DE QUEJAS DE DERECHOS CIVILES

***FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO /
LIBERACIÓN DEL RECLAMANTE***

Nombre: _____

Dirección: _____

Lea la información a continuación, ponga sus iniciales en el espacio correspondiente y firme y feche este formulario en las líneas al final de este formulario.

He leído el Aviso de uso investigativo de la información personal del USDA, Servicio de Alimentos y Nutrición (FNS). Como demandante, entiendo que en el curso de una investigación o investigación preliminar puede ser necesario que el FNS revele mi identidad a las personas de la organización o institución bajo investigación. También soy consciente de las obligaciones de FNS para cumplir con las solicitudes conforme a la Ley de Libertad de Información. Entiendo que podría ser necesario que FNS divulgue información, incluidos los detalles de identificación personal, que se ha reunido como parte de su investigación preliminar o investigación de mi queja. Además, entiendo que como reclamante estoy protegido por las regulaciones federales contra la intimidación o represalia por haber tomado medidas o haber participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estatutos de no discriminación exigidos por el gobierno federal.

CONSENTIMIENTO/LIBERACION

Iniciales para
consentimiento

CONSENTIMIENTO OTORGADO-He leído y entendido la información y autorizo a FNS para revelar mi identidad a las personas en la organización o institución bajo investigación y otras agencias Federales que brindan asistencia financiera Federal a la organización o institución o también tienen responsabilidades de supervisión de cumplimiento de derechos civiles que cubren esa organización o institución. Presentemente autorizo a recibir material e información sobre mi, pertinente a la investigación de mi queja. Esta la versión incluye, pero no se limita a, aplicaciones, archivos de casos, registros personales, y registros médicos. Entiendo que el material y la información se utilizaran para actividades de cumplimiento y cumplimiento de derechos civiles autorizados. Además entiendo que no soy obligado a autorizar esta liberación y lo ago voluntariamente.

Iniciales si niega
consentimiento

CONSENTIMIENTO NEGADO-He leído y entiendo la información y no quiero que FNS revele mi identidad o la organización or institución bajo investigación, o para revisar, recibir copias de, o discutir material e información de consentimiento sobre mí, pertinente a la investigación de mi queja. Entiendo que esto es probable que haga la investigación de mi queja y conseguir todos los hechos más difíciles y, en algunos casos, imposibles, y puede resultar en el cierre de la investigación.

Firma

Fecha