

QUEJA DE DERECHOS CIVILES

CIVIL RIGHTS COMPLAINT

Este formulario de quejas sobre derechos civiles está destinado a miembros, solicitantes, afiliados y beneficiarios de cualquier programa del Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud, DHS) de Wisconsin o actividad sobre investigaciones internas del DHS en relación con presuntos casos de discriminación según la raza, el color, la nacionalidad, el sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), la edad, la discapacidad y, en algunos casos, el credo religioso o las creencias políticas, y de represalias, según el programa. **Las quejas por discriminación en el empleo o por asuntos no relacionados con las actividades o los programas de DHS no serán investigadas por esta oficina.**

Las quejas sobre los servicios y beneficios de DHS financiados por el United States Department of Health and Human Services (HHS) (por ejemplo, Medicaid / BadgerCare) también pueden presentarse ante HHS. Las quejas sobre el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) / FoodShare Wisconsin pueden presentarse ante el Supplemental Nutrition Assistance Program (USDA). Cualquier queja sobre Women, Infants, and Children (WIC), The Emergency Food Assistance Program (TEFAP), Commodity Supplemental Food Program (CSFP) u otro programa que no sea sobre SNAP del USDA tiene que presentarse ante el USDA. En la mayoría de los casos, las quejas deben recibirse dentro de los 180 días posteriores al supuesto acto discriminatorio. Para obtener instrucciones sobre cómo completar este formulario, consulte las instrucciones en www.dhs.wisconsin.gov/forms/f8/f80983as.pdf.

SECCIÓN I – ¿Contra quién se discriminó o se tomó represalias?

Fecha en que se completo:

Nombre		Inicial	Apellido	
Dirección postal – Calle	Ciudad		Código postal	Condado
Número de teléfono de preferencia	Otro número de teléfono	Correo electrónico (email)		Fax

Representante legal autorizado del demandante

SECCIÓN II – ¿Qué persona u organización cree usted discriminó o tomó represalias contra usted (u otra persona)?

Nombre (agencia, proveedor de asistencia médica o empresa)		Tipo de agencia, proveedor de asistencia médica o empresa		
Nombre - Persona responsable, si se conoce		Título de la organización		
Dirección	Ciudad	Código postal	Condado	
Número de teléfono: incluya el código de área y la extensión		Correo electrónico (Email)		

SECCIÓN III – ¿Cuál es la razón de la discriminación o represalias?

De qué programa de DHS (por ejemplo, BadgerCare Plus, Medicaid, SeniorCare, Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)/FoodShare Wisconsin, Include, Respect, I Self-Direct (IRIS), Family Care, FoodShare Employment and Training (FSET), Refugee Health Program) es usted un miembro, solicitante, inscrito o beneficiario?

¿Cuál de los siguientes alega usted que fue el motivo de la discriminación / represalias? Marque la casilla que alega es la razón por la que se discriminó/ tomó represalias contra el demandante (identificado en la Sección I).

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Origen nacional o dominio limitado del Inglés |
| <input type="checkbox"/> Sexo/género/orientación sexual | <input type="checkbox"/> Edad | Idioma de preferencia: |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Religión / credo | |
| <input type="checkbox"/> Afiliación política | <input type="checkbox"/> Venganza/represalias | |

Fecha en que ocurrió el último incidente de discriminación:

SECCIÓN IV – ¿Qué acción discriminatoria o vengativa le sucedió?

Use páginas adicionales, según sea necesario, para llenar por completo esta sección.

1. Describa los eventos que lo hacen creer que se le discriminó al recibir beneficios, servicios o acceso a un programa de DHS.
2. Indique la fecha en que ocurrió cada acción y el nombre de la persona que tomó la acción.
3. Explique por qué cree que la acción se debió a lo que marcó en la(s) casilla(s) de la Sección III.

SECCIÓN V – Envíe su queja

Por correo postal o electrónico:

Department of Health Services

Civil Rights Compliance

201 E. Washington Ave., Room E200B

PO Box 7850

Madison, WI 53707-7850

608-267-4955 (Voz), 608-267-1434 (Fax)

711 o 800-947-3529 (TTY)

Correo electrónico: DHSCRC@dhs.wisconsin.gov

Si necesita asistencia con el idioma o una acomodación para preparar esta queja, contáctenos.

Si tiene preguntas sobre los términos y las palabras utilizadas en este formulario, o necesita otro tipo de asistencia para completar este formulario, contáctenos.

Nondiscrimination Notice: Discrimination is Against the Law – Health Care-Related Programs

El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) de Wisconsin cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo (lo que incluye embarazo, identidad de género y orientación sexual). El Department of Health Services (Departamento de Servicios de Salud) no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, país de origen, edad, discapacidad o sexo.

Department of Health Services:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Department of Health Services civil rights coordinator (844-201-6870).

Si considera que Department of Health Services no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Department of Health Services, Attn: Civil Rights Coordinator, 201 E. Washington Ave., Room E200B, PO Box 7850, Madison, WI 53707-7850, 608-267-4955, TTY: 711, Fax: 608-267-1434, dhscrc@dhs.wisconsin.gov. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Department of Health Services civil rights coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE.UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Español (Spanish) ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 844-201-6870 (TTY: 711).	Deutsch (Pennsylvania Dutch) Wann du Deitsch (Pennsylvania Dutch) schwetzscht, kannscht du ebber griege as dich helfe kann mit Englisch, unni as es dich ennich eppes koschte zellt. Ruf 844-201-6870 uff (TTY: 711).
Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 844-201-6870 (TTY: 711).	ພາສາລາວ (Laotian) ເລີນຊາບ: ຖ້າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ ແມ່ນມີບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ບໍ່ເສຍຄ່າໃຫ້ທ່ານ. ໃຫ້ໂທຫາເບີ 844-201-6870 (TTY: 711).
繁體中文 (Traditional Chinese) 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 844-201-6870 (TTY: 711)。	Français (French) ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 844-201-6870 (ATS : 711).
Deutsch (German) ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 844-201-6870 (TTY: 711).	Polski (Polish) UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 844-201-6870 (TTY: 711).
العربية (Arabic) ملحوظة: إذا كنت تتحدث العربية، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 844-201-6870 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).	हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 844-201-6870 (TTY: 711) पर कॉल करें।
Русский (Russian) ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 844-201-6870 (телетайп: 711).	Shqip (Albanian) KUJDES: Nëse flisni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 844-201-6870 (TTY: 711).
한국어 (Korean) 알림: 한국어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 844-201-6870 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.	Tagalog (Tagalog – Filipino) PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 844-201-6870 (TTY: 711).
Tiếng Việt (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 844-201-6870 (TTY: 711).	Soomaali (Somali) FIIRO GAAR AH: Haddii aad ku hadashid af Soomaali, adeegyada caawinta luuqada, oo bilaash ah, ayaa lagu heli karaa. Soo wac 844-201-6870 (TTY: 711).

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

- (1) **correo:**
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
- (2) **fax:**
(833)-256-1665, o (202)-690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para todos los demás programas de asistencia de nutrición del FNS, agencias estatales o locales y sus subreceptores, deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), discapacidad, edad, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse 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; o
- (2) **fax:**
(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
- (3) **correo electrónico:**
program.intake@usda.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.