



ESTADO DE TENNESSEE
DEPARTAMENTO DE SALUD

Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964

Formulario de queja por discriminación

La ley federal prohíbe la discriminación contra personas en base a su raza, color o país de origen. Usted tiene derecho a quejarse ante el Departamento de Salud de Tennessee si piensa que ha sido víctima de discriminación por estos motivos. Envíenos la siguiente información para que podamos investigar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, le rogamos nos lo informe.

También puede presentar una queja por discriminación si piensa que ha sido víctima de discriminación al acceder al programa del TDH para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés); Programa de Nutrición de Mercados Agropecuarios (FMNP, por sus siglas en inglés), Programa de Nutrición de Mercados Agropecuarios para Personas Mayores (SFMNP, por sus siglas en inglés), o el Programa de Alimentación Suplementaria de Productos Básicos (PESC, por sus siglas en inglés). La información de contacto del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés) aparece en la última página de este formulario.

1. ¿Cuál es el nombre de la persona contra la que se discriminó?

Nombre _____

Dirección _____

Ciudad, Estado y Código postal _____

Teléfono (*Casa*) (____) _____ (*Trabajo*) (____) _____

2. ¿Cuál es el nombre y la dirección de la institución, agencia o persona que piensa que le discriminó?

Nombre _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, y Código postal _____

Número de teléfono (____) _____

3. ¿Cuál fue el motivo por el que piensa que le discriminaron? Fue a causa de su:

a. Raza

b. Color

c. País de origen

4. ¿Cuándo piensa que ocurrió la discriminación? _____

5. Explique en sus propias palabras lo que sucedió y quién piensa que fue responsable. Se ruega sea lo más específico posible. Puede añadir hojas adicionales de ser necesario.

6. ¿Ha intentado resolver esta queja con la institución, agencia o persona? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es la situación de la queja?

7. ¿Usted presenta esta queja a nombre de otra persona? Sí No

En caso afirmativo, ¿contra quién piensa que se discriminó?

Nombre _____ Apellido _____

8. ¿Ha presentado esta queja a alguna otra agencia federal, estatal, o local, o a algún tribunal estatal o federal? Sí No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda Agencia federal Tribunal federal

Agencia estatal Tribunal estatal Agencia local

9. ¿Cuál es el nombre de la persona a contactar en la agencia/tribunal donde se presentó la queja?

Nombre _____

Nombre de la agencia/tribunal _____

Dirección _____

Ciudad, estado y código postal _____

Número de teléfono (____) _____

10. Firme a continuación. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que piense que pudiera ser útil para investigar su queja.

Firma del reclamante

Fecha

Envíe este formulario a:

**Title VI Compliance Officer
Tennessee Department of Health
Andrew Johnson Bldg., 5th Floor
710 James Robertson Pkwy
Nashville, TN 37243
Teléfono: (615) 741-9421
Correo electrónico: Luvenia.Harrison@tn.gov**

Presentar una queja ante la OCR es un acto voluntario. Sin embargo, sin la información solicitada anteriormente, es posible que la OCR no pueda investigar su queja. Recopilamos esta información conforme a la autoridad otorgada por el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y otras leyes de derechos civiles. Usaremos la información que usted proporcione para determinar si tenemos jurisdicción y, en caso afirmativo, la manera en que procesaremos su queja. La información presentada en este formulario se trata con estricta confidencialidad y está protegida en virtud de las disposiciones de la Ley de Privacidad de 1974. Los nombres y demás información de identificación individual se divulgan en caso de ser necesario para la investigación de posible discriminación, para las operaciones internas del sistema, o para usos de rutina, lo cual incluye la divulgación de información fuera del Departamento para fines relacionados con el cumplimiento de los derechos civiles y según lo permitido por la ley. Es ilícito que los beneficiarios de asistencia financiera federal del Departamento de Salud de Tennessee intimiden, amenacen, coaccionen o discriminen o tomen represalias contra usted por presentar esta queja o por tomar cualquier otra medida para hacer valer sus derechos conforme a las leyes federales de derechos civiles. No es obligatorio usar este formulario. También puede enviar un correo electrónico o escribir una carta y enviarla a la dirección indicada anteriormente.

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la ley federal de derechos civiles y con las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe al USDA, sus agencias, oficinas y empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminar debido a la raza, el color, país de origen, sexo, discapacidad o edad, así como tomar represalias o represión por actividades previas de derechos civiles en alguno de los programas o actividades realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternativos de comunicación para recibir información del programa (p. ej. Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas norteamericano, etc.), deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con problemas del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339. También se puede ofrecer información respecto al programa en otros idiomas aparte del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, complete el [Formulario de Queja por Discriminación en el Programa del USDA](#), (AD-3027) que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, o en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA que contenga toda la información requerida en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completado o la carta al USDA por:

- (1) Correo a: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Fax a: (202) 690-7442; o
- (3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.