



DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE LOS EE.UU.
OFICINA PARA LOS DERECHOS CIVILES (OCR)

Form Approved: OMB No. 0990-0269.
See OMB Statement on Reverse.



QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Si tiene preguntas acerca del formulario de quejas, llame a la OCR (línea gratuita) al:
1-800-368-1019 (todos los idiomas) o 1-800-537-7697 (TDD)

SU NOMBRE		SU APELLIDO	
TELÉFONO PARTICULAR ()		TELÉFONO LABORAL ()	
DOMICILIO		CIUDAD	
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (si tiene)	

¿Presenta usted esta queja en nombre de otra persona? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿contra quién cree que se ha realizado la discriminación?

NOMBRE	APELLIDO
--------	----------

Creo que se ha discriminado en mi contra (o en contra de un tercero) por razones de:

- Raza / Color / Nacionalidad de origen Edad Religión Sexo (hombre/mujer)
 Incapacidad Otro (especifique): _____

¿Quién cree usted que ha discriminado en contra suya (o de un tercero)?

PERSONA, ORGANIZACIÓN O INSTITUCIÓN

DOMICILIO		CIUDAD
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	TELÉFONO ()

¿Cuándo cree usted que ha ocurrido la discriminación?

INDIQUE LAS FECHAS

Describa brevemente lo sucedido. ¿Cómo y por qué cree que se ha discriminado en su contra (o contra un tercero)? Sea lo más específico posible. (Adjunte hojas adicionales según lo necesite)

Firme y feche el presente formulario.

FIRMA	FECHA
-------	-------

La presentación de una queja ante la OCR es voluntaria. Sin embargo, sin la información requerida anteriormente, la OCR puede ser incapaz de procesar su queja. Recolectaremos información bajo la autoridad del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y otras disposiciones legales referentes a derechos civiles. Utilizaremos la información que nos brinde para determinar si tenemos jurisdicción en su caso y, de ser así, cómo procesaremos su queja. La información provista en el presente formulario es confidencial y está protegida por las disposiciones de la Ley de Privacidad de 1974. Los nombres u otra información identificatoria de individuos se divulgan si es necesario para la investigación de posibles discriminaciones, para operaciones de sistemas internos o usos de rutina, los que incluyen la divulgación de información fuera del Departamento para propósitos relacionados con el cumplimiento de los derechos civiles y según lo permita la ley. Es ilegal para toda entidad que recibe asistencia financiera federal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (HHS), intimidar, amenazar, coaccionar, discriminar o tomar represalias contra usted por presentar esta queja o por cualquier otra acción que tienda al cumplimiento de los derechos contemplados bajo las leyes federales de derechos civiles. No es obligatorio utilizar este formulario. También escribir una carta o presentar una queja en forma electrónica con la información solicitada. Para presentar una queja en forma electrónica, visite nuestro sitio web en: www.hhs.gov/ocr/discrimhowtofile.html. Para enviar una queja por correo, consulte el reverso de esta página para obtener las direcciones de las oficinas regionales de la OCR.

(El resto de la información en el presente formulario es optativa. El no responder a estas preguntas optativas no afectará la decisión de la OCR en cuanto al procesamiento de su queja.)

¿Tiene necesidades especiales acerca de cómo podemos comunicarnos con usted en lo referente a esta queja? (Tilde todas las respuestas que corresponden)

Braille Letras grandes Cinta de cassette Disquete para computadora Correo electrónico TDD (por problemas auditivos)

Intérprete de signos (indique el idioma): _____

Intérprete de lengua extranjero (indique el idioma): _____ Otra: _____

Si no podemos comunicarnos directamente con usted, ¿hay alguna persona que pueda ayudarnos a comunicarnos con usted?

NOMBRE		APELLIDO	
TELÉFONO PARTICULAR ()		TELÉFONO LABORAL ()	
DOMICILIO		CIUDAD	
ESTADO	CÓDIGO POSTAL	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO (si tiene)	

¿Ha presentado su queja en alguna otra parte? Si es así, bríndenos la siguiente información. (Adjunte hojas adicionales según lo necesite)

NOMBRES DE LA PERSONA, ORGANIZACIÓN, INSTITUCIÓN O TRIBUNAL

FECHA DE PRESENTACIÓN	NÚMERO DEL CASO (si lo sabe)
-----------------------	------------------------------

Para ayudarnos a brindar un mejor servicio, bríndenos la siguiente información sobre la persona que aparentemente ha sufrido la discriminación (usted o la persona en nombre de la cual presenta la queja).

ORIGEN ÉTNICO (elijá uno) Hispano o latino No hispano o latino
RAZA (elijá una o más) Indígena norteamericano o nativo de Alaska Negro o afroamericano Blanco Asiático Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico Otro (especifique): _____

PRINCIPAL IDIOMA ORAL (si no es inglés) _____ ¿CÓMO SUPO DE LA EXISTENCIA DE LA OFICINA PARA LOS DERECHOS CIVILES? _____

Para enviar una queja por correo, escriba en letra de molde o imprima la información y regrese el formulario completo a la dirección regional de la OCR adecuada según la región en donde habría sucedido la discriminación.

Región I - CT, ME, MA, NH, RI, VT Office for Civil Rights Department of Health & Human Services JFK Federal Building - Room 1875 Boston, MA 02203 (617) 565-1340; (617) 565-1343 (TDD) (617) 565-3809 FAX	Región V - IL, IN, MI, MN, OH, WI Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 233 N. Michigan Ave - Suite 240 Chicago, IL 60601 (312) 886-2359; (312) 353-5693 (TDD) (312) 886-1807 FAX	Región IX - AZ, CA, HI, NV, AS, GU, The U.S. Affiliated Pacific Island Jurisdictions Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 50 United Nations Plaza - Room 322 San Francisco, CA 94102 (415) 437-8310; (415) 437-8311 (TDD) (415) 437-8329 FAX
Región II - NJ, NY, PR, VI Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 26 Federal Plaza - Suite 3313 New York, NY 10278 (212) 264-3313; (212) 264-2355 (TDD) (212) 264-3039 FAX	Región VI - AR, LA, NM, OK, TX Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 1301 Young Street - Suite 1169 Dallas, TX 75202 (214) 767-4056; (214) 767-8940 (TDD) (214) 767-0432 FAX	
Región III - DE, DC, MD, PA, VA, WV Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 150 S. Independence Mall West - Suite 372 Philadelphia, PA 19106-3499 (215) 861-4441; (215) 861-4440 (TDD) (215) 861-4431 FAX	Región VII - IA, KS, MO, NE Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 601 East 12th Street - Room 248 Kansas City, MO 64106 (816) 426-7278; (816) 426-7065 (TDD) (816) 426-3686 FAX	Región X - AK, ID, OR, WA Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 2201 Sixth Avenue - Mail Stop RX-11 Seattle, WA 98121 (206) 615-2290; (206) 615-2296 (TDD) (206) 615-2297 FAX
Región IV - AL, FL, GA, KY, MS, NC, SC, TN Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 61 Forsyth Street, SW. - Suite 3B70 Atlanta, GA 30323 (404) 562-7886; (404) 331-2867 (TDD) (404) 562-7881 FAX	Región VIII - CO, MT, ND, SD, UT, WY Office for Civil Rights Department of Health & Human Services 1961 Stout Street - Room 1426 Denver, CO 80294 (303) 844-2024; (303) 844-3439 (TDD) (303) 844-2025 FAX	

Declaración sobre el tiempo de procesamiento

Se estima que el tiempo de procesamiento de informes públicos por recolección de información sobre el presente formulario de queja es de 45 minutos por respuesta, lo que incluye el tiempo para revisar instrucciones, recolectar información e ingresar la información y revisarla una vez que se completa el formulario. Un organismo puede no realizar o patrocinar la recolección y no se le requiere a las personas responder a la recolección de información a menos que presente un número válido de control. Envíe sus comentarios sobre el tiempo aproximado de procesamiento o cualquier otro aspecto de la recolección de información, incluso sugerencias para reducir el tiempo de procesamiento a: HHS/OS Reports Clearance Officer, Office of Information Resources Management, 200 Independence Ave., S.W., Room 531H, Washington, D.C. 20201.