

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE (USDA)
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

USDA Program Discrimination Complaint Form Instructions
(The complaint form is below the instructions)

PROPÓSITO: Este formulario está diseñado para ayudarle a radicar una querrela por discriminación en los programas de USDA. Si desea ayuda para completar el formulario, usted puede llamar a los números de teléfono indicados al final del formulario.

No es necesario que usted utilice este formulario. Usted puede enviar una carta. La carta tiene que incluir la misma información requerida en este formulario. Es necesario que usted o su representante firme y feche su carta. Usted también puede enviar el formulario o la carta por fax o correo electrónico. Si usted envía sus documentos por correo electrónico, por favor adjunte al e-mail una copia del formulario con su firma. La presentación de un formulario incompleto o no firmado atrasará el proceso del trámite de su querrela.

FECHA LÍMITE DE RADICACIÓN: La querrela por discriminación debe presentarse dentro de 180 días desde la fecha que usted supo o debió haber sabido del acto de discriminación, a menos que el USDA prorrogue la fecha límite de radicación. Querellas enviadas por correo se consideran radicadas en la fecha que esta en el formulario, al lado de la firma, a menos que la fecha en el formulario sea diferente que la fecha de matasellos por mas que 7 días; en este caso la querrela se considera radicada el la fecha de matasellos. Querellas enviada s por fax o por correo electronico se considera n radicadas en la fecha cuando el fax o el email este enviado. Querellas radicadas después de la fecha límite de 180 días deben incluir una explicación de “una buena razón” por la demora.

Por ejemplo, usted podría tener un “buen motivo” si:

- usted estaba gravemente discriminado por causa de los siguientes criterios: raza, color, nacionalidad, religión, género, discapacidad, edad, estado civil, orientación sexual, estado de familia/estado de paternidad, ingreso derivado de programas de asistencia pública, y afiliación política.



UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE (USDA)
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
Program Discrimination Complaint Form

Primer Nombre : _____ Inicial del Segundo Nombre: _____

DDir Td [(o)9B

Apellido : _____ Dirección Postal: _____

Ciudad : _____ Estado : _____ Código Postal : _____

Por favor marque () la Agencia del USDA que dirige el programa o provea la asistencia financiera Federal para el programa (si lo conoce):

- Farm Service Agency Food and Nutrition Service
Rural Development Natural Resource Conservation Service
Forest Service Other : _____

2. ¿Qué le pasó a usted? Utilice páginas adicionales, si es necesario, y por favor incluya cualquier documento relacionado que pueda ayudar a demostrar qué ocurrió.

3. ¿Cuándo ocurrió la discriminación?

Fecha: _____
 Mes Día Año

Si el alegado acto de discriminación ocurrió en más de una ocasión, incluya las fechas:

4. ¿Dónde ocurrió la discriminación?

Dirección donde ocurrió el incidente: _____

City State Zip/Código postal

Dirección de propiedad (ver Instrucciones) : _____

Ciudad Estado Zip/Código postal

5. Es una violación de ley el discriminar en su contra a causa de los siguientes criterios: raza, color, nacionalidad, religión, género, discapacidad, edad, estado civil, orientación sexual, estado de familia /estado de paternidad, ingreso derivado de programas de asistencia pública, y afiliación política. (No todos los criterios aplican a todos los programas.) Está prohibida toda represalia contra una persona que presente una querrela de discriminación.

Creo que yo fui discriminado por ser _____ :

