

**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



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 el programa del

program-

de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al



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

Primer Nombre: \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre: \_\_\_\_\_

Apellido: \_\_\_\_\_ Dirección Postal: \_\_\_\_\_

DDir Td [(

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:



