



File # _____
Date Received _____

North Carolina Department of Health and Human Services,
Complaint Form

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte,
Forma De Querella

Usted tiene derecho a presentar una queja si usted piensa que le trataron injustamente **por motivo de raza, origen nacional, sexo, religión, edad, incapacidad, creencias políticas.** Usted puede llenar una queja por usted o a favor de otra persona. Si usted desea presentar una queja, por favor, complete esta forma y dé una copia al oficial de "Cumplimientos del Título VI." Para proteger sus derechos, usted debe presentar esta queja en el plazo de 180 días desde la fecha que usted cree que le trataron de una forma injusta. Si usted no presenta su queja en el plazo de 180 días, usted puede perder su derecho para someter su queja.

Para más información sobre cómo presentar una queja, llame a NCDHHS, oficina de Consejo General, al 1-800-662-7030 (CARE-LINE), o servicio TTY para personas con problemas de audición: 1-877-452-2514. Usted puede también quejarse verbalmente, diciendo a la agencia local o federal que usted desea presentar una queja. Si usted presenta una queja verbalmente, cerciórese de conocer el nombre de la persona con la que usted habló y la fecha.

You have a right to file a complaint if you think that you were treated unfairly because **of your race, color, National Origin, sex, religion, age, disability, political beliefs.** You can file a complaint for yourself or for someone else. If you want to file a complaint, please fill out this form and give one copy to the "Title VI Compliance Officer." To protect your rights, you must file this Complaint within 180 days of the date you believe you or someone else was treated unfairly. If you do not file your Complaint within 180 days, you may lose your right to file any Complaint.

For more information about how to file a Complaint, call NCDHHS, Office of General Counsel, **1-800-662-7030 (CARE-LINE)**, or **TTY: 1-877-452-2514.** You can also file your complaint verbally, by telling the local or federal agency that you want to file a complaint. If you file this way, please make sure to keep track of the name of the person you spoke with and the date.

1. Name (person filing Complaint)
Nombre (persona presentando la queja)

2. Home Phone
Teléfono de la casa

Business Phone
Teléfono del trabajo

Cell Phone
Teléfono celular

3. Home Address (street #, city, zip code)
Dirección de su casa (# de calle, ciudad, código postal)

4. Are you filing this Complaint for someone else? No__ Yes__
(If yes, please give that person's name and phone number)
¿Está presentando esta queja por alguna otra persona? No ____ Sí____ (Si su respuesta es sí, por favor escriba el nombre de esa persona y el número de teléfono)

5. Who do you think treated you unfairly?
(Please state the Person, Agency, or Program)
¿Quién usted piensa le trató injustamente?
(indique por favor la persona, la agencia, o el programa)

6. Address of person/agency/program you believe treated you unfairly:
Dirección de persona/agencia/programa que usted cree le trató injustamente:

7. When did the unfair treatment happen? (give a date if you can)
¿Cuándo sucedió? (dé una fecha si puede)

8. Tell what happened and why you believe you were treated unfairly because of not speaking or understanding English well (Attach additional pages as needed).
Diga qué sucedió y por qué usted cree que fue tratado injustamente a causa de que usted no puede entender o hablar bien el inglés. (Si necesita más espacio puede agregar más hojas).

9. Please list any person(s) (if any) we may contact for more information about what happened.

Name Address Phone Number Cell Phone

Enumere por favor cualquier persona(s) que nos pueda(n) dar más información de lo que sucedió.

Nombre Dirección Teléfono Teléfono Celular

10. Have you filed this Complaint with any other federal, state or local agency, or state or federal court? No___ Yes___ (If yes, please list the agency or court)

¿Ha presentado esta queja ante alguna agencia federal, estatal o local, o corte del estado o federal? No ___ Sí ___ (si contesta sí, por favor enumere la agencia o la corte)

11. How can this Complaint be resolved (how can the problem be corrected)?

¿Cómo puede esta queja ser resuelta (cómo se puede corregir el problema)?

12. Please list anyone else we should contact.

Por favor liste cualquier persona con la que debemos entrar en contacto.

13. Do you need special accommodations for us to communicate with you about this complaint (mark all that apply)?

___ Braille ___ Large Print ___ Cassette Tape ___

___ Computer Diskette ___ Electronic Mail ___ TDD

___ Sign Language Interpreter (specify language)

___ Foreign Language Interpreter (specify language)

¿Necesita arreglos especiales para hablar con usted acerca de este asunto? (Marque el medio de comunicación que necesita.)

___ Sistema Braille, ___ Letras Impresas Grandes, ___ Audio en Casete,

___ Audio Disco, ___ Correo Electrónico, ___ Sistema para Sordos (TDD),

___ Intérprete por señas (indique el idioma) _____,

___ Intérprete Oral (indique el idioma) _____.

Signature:

Date:

Firma:

Fecha

To file this complaint with the local agency, please give it or mail it to:

Title VI Compliance Officer

Agency Name, Address and Phone number here

Para presentar esta queja con la agencia local, entréguela o envíela a:

“In accordance with Federal law and U.S. Department of Agriculture (USDA) and U.S. Department of Health and Human Services (HHS) policy, this institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, sex, age, or disability. Under the Food Stamp Act and USDA policy, discrimination is prohibited also on the basis of religion or political beliefs.

To file a complaint of discrimination, contact USDA or HHS. Write USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 or call (800) 795-3272 (voice) or (202) 720-6382 (TTY). Write HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (202) 619-3257 (TTY). USDA and HHS are equal opportunity providers and employers.”

“Conforme a la ley federal y la política del Departamento de Agricultura de los E.U. (USDA en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los E.U. (HHS en inglés) está prohibido que esta institución discrimine por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad. Bajo el Acta de Cupones para Alimentos y la política del USDA, también se prohíbe la discriminación en base a la religión o creencias políticas.

Para presentar una queja por discriminación, contacto USDA o HHS. Escriba USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TTY-Dispositivo de Telecomunicaciones para Personas con Impedimentos Auditivos). Escriba a HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) or (202) 619-3257 (TTY-Dispositivo de Telecomunicaciones para Personas con Impedimentos Auditivos). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrece igualdad de oportunidades.”