



File # _____
Date Received _____

North Carolina Department of Health and Human Services,
Division of Social Services
Complaint Form

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

Usted tiene derecho a presentar una queja si usted piensa que le trataron injustamente **por motivo de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA o US HHS.** Usted puede llenar una queja por usted o a favor de otra persona. Si usted desea presentar una queja, puede hacerlo con el Departamento de Agricultura (USDA), o con el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS); o para presentar una queja con el Departamento de Servicios Sociales de NC por favor contacte a: Carlotta Dixon al (919)527-6421. Por favor conserve la información de la persona con la que habló y la fecha.

Para presentar una queja con el Departamento de Agricultura o el Departamento de Salud y Servicios Humanos, vea las indicaciones en la parte inferior de la pagina 4.

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.

You have a right to file a complaint if you think that you were treated unfairly because **of your race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA o US HHS.** You can file a complaint for yourself or for someone else. If you want to file a complaint, you may file with USDA, HHS, or NC DSS. If you want to file a complaint with NC DSS, please fill out this form and give one copy to the “Title VI Compliance Officer” or contact Carlotta Dixon at (919)527-6421. Please make sure to keep track of the name of the person you spoke with and the date.

To file a complaint directly with USDA or HHS please refer to the statement at the bottom of page 4.

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.

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 NC DSS State Agency, please mail it to:

Para presentar esta queja con el Departamento de Servicios Sociales de Carolina de Norte, envíela a:

Carlotta Dixon, MHS, CPM
Section Chief of Program Compliance
Title VI/ADA-Civil Rights Coordinator
NC Division of Social Services
820 South Boylan
MSC 2401
Raleigh, North Carolina 27699

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027), found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

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

For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish or call the [State Information/Hotline Numbers](#) (click the link for a listing of hotline numbers by State); found online at:

http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

To file a complaint of discrimination regarding a program receiving Federal financial assistance through the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), write: HHS Director, Office

for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (800) 537-7697 (TTY).

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA o US HHS.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

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

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).