

**FORMULARIO DE QUEJAS Y SOLICITUDES DE WIC**  
DEPARTAMENTO DE SALUD Y HOSPITALES  
SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe a esta institución que discrimine por razón de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

**NOMBRE DEL CLIENTE** \_\_\_\_\_ **FECHA** \_\_\_\_\_

**DOMICILIO** \_\_\_\_\_

**CIUDAD** \_\_\_\_\_ **CÓDIGO POSTAL** \_\_\_\_\_

**DISTRITO** \_\_\_\_\_ **NÚMERO DE TELÉFONO** \_\_\_\_\_  
CÓDIGO DE ÁREA NÚMERO

<input type="checkbox"/>	Marque aquí si le parece que la queja se debe a una discriminación de <b>derechos civiles</b> por <b>razón de</b> raza, color, origen, edad, sexo, discapacidad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizadas o financiadas por el USDA. Y escriba a derechos civiles, cuyo domicilio se encuentra a continuación.
<input type="checkbox"/>	Marque aquí si la queja <b>no</b> se relaciona con una discriminación de derechos civiles. Envíe este formulario al Director del Programa de WIC, cuyo domicilio se encuentra en la parte inferior de este formulario.
<input type="checkbox"/>	Marque aquí si se trata de una solicitud porque le negaron, le cancelaron o lo excluyeron de los servicios de WIC o se le pidió que realice un pago en efectivo. Envíe este formulario al Director del Programa de WIC, cuyo domicilio se encuentra en la parte inferior de este formulario.

Fecha del incidente \_\_\_\_\_ Clínica \_\_\_\_\_

Lugar del incidente \_\_\_\_\_  
CIUDAD DISTRITO

Nombre o nombres de los empleados involucrados (en caso de conocerlo/s)  
\_\_\_\_\_

Explique con sus propias palabras lo que ocurrió (use la parte de atrás del formulario si precisa más espacio)

**ENVÍE SUS QUEJAS POR DERECHOS CIVILES A:**

USDA  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, DC 20250-9410

Fax: (202) 690-7442  
Correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

**ENVÍE OTRAS QUEJAS O SOLICITUDES A:**

WIC Program Director  
Nutrition Section  
Bienville Building  
628 North 4<sup>th</sup> Street  
Baton Rouge, Louisiana 70802

\_\_\_\_\_  
**(Opcional)** Firma de la persona que entrega el formulario

\_\_\_\_\_  
Relación con el cliente

**SECRETARÍA DE SALUD PÚBLICA**  
**AVISO DE QUEJA DE WIC**

## **QUEJA DEL CLIENTE DE WIC**

Si usted no está satisfecho con el tratamiento o los servicios que recibió de WIC, puede conseguir un formulario de quejas en la sala de espera de cualquier clínica de WIC. Complete el formulario de quejas y envíelo al domicilio del Director de WIC que figura en el formulario. Si cree que fue víctima de un acto de discriminación, le rogamos ver la “Queja de derechos civiles” que se encuentra a continuación.

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, discapacidad, edad, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

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.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), 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](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## **SOLICITUD DE BENEFICIOS Y ATENCIÓN JUSTA**

Si a usted:

- le negaron beneficios
- lo dejaron cesante
- lo suspendieron/inhabilitación
- le pidieron que realice un pago en efectivo por recibir exceso de beneficios

A fin de solicitar una atención justa, obtenga el formulario de Quejas y Solicitudes de WIC que se encuentra en la sala de espera de cualquier clínica de WIC. Complete el formulario y envíelo al domicilio del Director de WIC que figura en él.

*LOS CLIENTES PUEDEN PRESENTAR UNA QUEJA SIN TEMOR A HOSTILIDADES O CASTIGOS*