

DISCRIMINATION COMPLAINT POLICY AND PROCEDURES

Policy

It is the policy of the Nevada State WIC Program that NO client, participant, potential client, potential participants, or other interested parties shall be discriminated against on the basis of race, color, national origin, sex (including gender identity and sexual orientation), disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity. Those persons wishing to file a discrimination complaint under the provisions of Title VI of the Civil Rights Act of 1964 shall:

Procedure

1. File the complaint within one hundred eighty (180) calendar days of its happening.
2. To file a complaint of discrimination, write:

**U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil
Rights 1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; or**

Fax: (833) 256-1665 or (202) 690-7442; or

Email: program.intake@usda.gov

3. Describe the exact nature of the occurrence.
 - a. When (date and time) and where (place) the discrimination situation occurred.
 - b. Persons involved and circumstances related to the occurrence.
4. If desired, include the name, address and telephone number, if any, of complainant and any witnesses to the occurrence. It is not necessary that the identity of the complainant be known, provided that the information is sufficient to determine the identity of participant and indicate possibility of a violation.

If the person wishes to file a verbal complaint in person or over the telephone, it is the responsibility of the program staff to assist the person in submission of the complaint. The complaint should follow the above procedure.

División de Salud Pública y Comportamiento
Programa de Nevada WIC

QUEJA DE DISCRIMINACIÓN PÓLIZA Y PROCEDIMIENTOS

Póliza

Es la póliza del programa WIC del estado de Nevada que NINGÚN cliente, participante, cliente potencial, participantes potenciales u otros grupos interesados sean discriminados 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. Aquellas personas que deseen presentar una queja de discriminación bajo las provisiones del Título VI del Acta de Derechos Civiles de 1964 han de:

Procedimientos

1. Presentar la queja dentro de ciento ochenta (180) días de lo sucedido. Para presentar una queja de discriminación, escriba:

**U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o**

Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

Correo electrónico: program.intake@usda.gov

2. Describa la índole exacta de lo ocurrido.
 - a. Cuando (fecha y hora) y donde (lugar) ocurrió la discriminación.
 - b. Personas envueltas y circunstancias relacionadas a lo ocurrido.
3. Si desea, incluya el nombre, dirección y número de teléfono, si hay alguno, del demandante y cualquier testigo(s) a lo ocurrido. No es necesario que la identidad del demandante se de a saber, con tal que la información sea suficiente para determinar la identidad del participante y que indique la posibilidad de una violación.

Si la persona desea presentar una queja verbal en persona o por teléfono, es la responsabilidad del personal del programa de asistir a la persona con la presentación de la queja. La queja debe de seguir los procedimientos indicados arriba.

UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE (USDA)

USDA Program Discrimination Complaint Form Instructions

(The complaint form is below the instructions)

PURPOSE: This form may be used if you believe you have been subjected to discrimination in any USDA program or activity and you wish to file a complaint of discrimination. The form can be used to file a complaint of discrimination based on race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, sexual orientation, family/parental status, income derived from public assistance program and political beliefs. If you need assistance filling out the form, you may call any of the telephone numbers listed at the bottom of the complaint form. You are not required to use the complaint form. You may write a letter instead. If you write a letter it must contain all of the information requested in the form and be signed by you or your authorized representative.

You may also send a complaint by FAX or United States Postal Service Mail. We must have a signed copy of your complaint. Incomplete information or an unsigned form will delay the processing of your complaint.

FILING DEADLINE: A program discrimination complaint must be filed not later than 180 days of the date you knew or should have known of the alleged discrimination, unless the time for filing is extended by USDA. Complaints sent by mail are considered filed on the date the complaint was signed, unless the date on the complaint letter differs by seven days or more from the postmark date, in which case the postmark date will be used as the filing date. Complaint documentation or Complaint Forms sent by fax or mail will be considered filed on the day the complaint is faxed or mailed. Complaints filed after the 180-day deadline must include a 'good cause' explanation for the delay. For example, if:

1. You could not reasonably have been expected to know of the discriminatory act within the 180-day period;
2. You were seriously ill or incapacitated;
3. The same complaint was filed with another Federal, state, or local agency and that agency failed to act on your complaint.

USDA POLICY: Federal law and policy prohibits discrimination against you based on the following: race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, sexual orientation, family/parental status, income derived from a public assistance program, and political beliefs. (Not all bases apply to all programs).

USDA will determine if it has jurisdiction under the law to process the complaint on the bases identified in the complaint and in the programs indicated in the complaint. Reprisal that is based on prior civil rights activity is prohibited.

PROPERTY ADDRESS: If this complaint involves a farm or other real estate property that is not your current address, write in the address for that farm or real estate property. Otherwise, this part of the form can be left blank.

**PLEASE READ IMPORTANT LEGAL INFORMATION BELOW
CONSENT**

This USDA Program Discrimination Complaint Form is provided in accordance with the Privacy Act of 1974, 5 U.S.C. §552a, and is used to provide the information to which this notice is attached. The United States Department of Agriculture's Office of the Assistant Secretary for Civil Rights (USDA) requests this information pursuant to 7 CFR Part 15.

If the completed form is accepted as a complaint case, the information collected during the investigation will be used to process your program discrimination complaint.

REPRISAL (RETALIATION) PROHIBITED:

No Agency, officer, employee, or agent of the USDA, including persons representing the USDA and its programs, shall intimidate, threaten, harass, coerce, discriminate against, or otherwise retaliate against anyone who has filed a complaint of alleged discrimination or who participates in any manner in an investigation or other proceeding raising claims of discrimination.



UNITED STATES DEPARTMENT OF AGRICULTURE (USDA)
Program Discrimination Complaint Form

First Name: Middle Initial: Last Name:

Provide Your Full Mailing Address
Number and Street, PO Box, Road, or Route:

Apartment Number (if applicable):

City, State and Zip Code:

Email Address:

Telephone Number (with area code):

Alternate Telephone (with area code):

Best Way to Reach You (select one)

Mail: Phone: E-mail: Other:

Do you have a representative (lawyer or other advocate) for this complaint?

Yes: No:

If Yes is selected, please provide the following information about your representative:

Representative First Name: Last Name:

Number and Street, PO Box, Road or Route:

Apartment Number:

City, State and Zip Code:

Telephone: Email:

1. Who do you believe discriminated against you? Use additional pages, if necessary.
Name(s) of person(s) involved in the alleged discrimination (if known):

Please name the program you applied for (if known/if applicable):

Please select the USDA Agency below that conducts the program or provides Federal financial assistance for the program (if known):

Farm Service Agency

Food and Nutrition Service:

Rural Development

Natural Resource Conservation Service

Forest Service

Other: _____

2. What happened to you? State the date when the alleged discrimination occurred and then describe what happened. If the alleged discrimination occurred more than once, please provide the other dates and describe what happened. Use additional pages, if necessary, and please include any supporting documents that would help show what happened.

3. Where did the discrimination occur?
Address of location where incident occurred:

Number, Street, PO Box, Road, Route

City

State

Zip Code

4. It is a violation of the law to discriminate against you based on the following: race, color, national origin, religion, sex, disability, age, marital status, family/parental status, income derived from a public assistance program, and political beliefs. (Not all bases apply to all programs) Reprisal is prohibited based on prior civil rights activity.

I believe I was discriminated against based on my

PAPERWORK REDUCTION ACT AND PUBLIC BURDEN STATEMENTS:

The Paperwork Reduction Act of 1995 (44 U.S.C. 3501 et seq.) requires us to inform you that this information is being collected to ensure that your complaint contains all the information required to file a complaint. The Office of the Assistant Secretary for Civil Rights will use the information to process your complaint of program discrimination.

Response to this request is voluntary. The information you provide on this form will only be shared with persons who have an official need to know, and will be protected from public disclosure pursuant to the provisions of the Privacy Act, 5 U.S.C. § 552a(b).

The estimated time required to complete this form is 60 minutes. You may send comments regarding the accuracy of this estimate and any suggestions for reducing the time for completion of the form to USDA, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave, SW, Washington, DC 20250-9410.

An Agency may not conduct or sponsor, nor is a person required to respond to, a collection of information unless it displays a currently valid OMB Control Number. The OMB Control Number for this form is 0508-0002.

**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 enviadas por fax o por correo electronico se consideran 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 herido o enfermo;
- usted radicó una querrela alegando la misma conducta discriminatoria dentro del periodo de 180 días con otra agencia Federal, estatal, o una agencia local de derechos civiles y esa agencia no cumplió o actuó sobre su querrela; o
- no se podía razonablemente esperar que usted supiera, en el periodo exigido de 180 días, que la acción fuera discriminatoria.

POLÍTICA DEL USDA: La ley y la reglamentación federal prohíben la discriminación 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 prohibidos se aplican a todos los programas.) USDA determinará si tiene jurisdicción bajo la ley para procesar su querrela por las razones identificadas y en los programas involucrados. Está prohibida toda represalia contra una persona que presente una querrela de discriminación.

DIRECCIÓN DE PROPIEDAD: Si esta querrela tiene que ver con una granja, una finca o una alojamiento que no es su dirección física, por favor escriba la dirección de esta propiedad.

*****POR FAVOR, LEA LA IMPORTANTE INFORMACIÓN LEGAL ABAJO*****

CONSENTIMIENTO

Este formulario del USDA para Querellas por Discriminación en Programas se provee de acuerdo con la Ley de la Privacidad de 1974, 5 U.S.C. §552a. La Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles del USDA solicita la información en el formulario adjunto conforme a 7 CFR Part 15. Si el formulario debidamente completo se acepta como una queja, la información recogida durante la investigación será empleada para tramitar su querrela de discriminación. La divulgación es voluntaria. Sin embargo, es posible que si no provee la información requerida o no firma su querrela, su querrela sea desestimada. USDA avisará a Usted si su querrela sea desestimada. La información que usted provee puede ser divulgada a un tercero si USDA determina que la divulgación es 1) relevante y necesaria para el Departamento de Justicia (Department of Justice), la corte u otro tribunal, o a otra parte en litigio ante el tribunal; 2) necesario para una acción ejecutiva contra un programa que ha violado las leyes o regulaciones del USDA; 3) a una oficina del Congreso si Usted ha pedido a la oficina del Congreso que se informen de su querrela ó 4) a la Comisión de Derechos Civiles de los Estados Unidos en respuesta a su petición.

ESTÁ PROHIBIDA LA REPRESALIA (VENGANZA):

Ninguna agencia, oficial, empleado, o agente del USDA, incluyendo personas que representan al USDA y sus programas, puede intimidar, amenazar, hostigar, coaccionar, discriminar en contra, o de otra manera vengarse de alguien que haya radicado una querrela como consecuencia de un alegado acto de discriminación o que participe de alguna manera en una investigación u otros procesos que reclaman discriminación.



**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: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Dirección Electrónica (E-mail): _____

Número de Teléfono empezando con el código de area: _____

Número de Teléfono Alternativo empezando con el código de area: _____

Mejor Hora del Día para Llamar: _____

Mejor Manera de Comunicarse con Usted: Carta Escrita Telefono

Correo electrónico Otro: _____

¿Tiene usted un representante (abogado u otro defensor) para esta querrela? Sí No

Si su respuesta es sí, por favor provea la siguiente información sobre su representante:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: _____ E-mail: _____

1. ¿Quién considera usted que lo discriminó? Utilice páginas adicionales, si es necesario.
Nombre(s) de la persona(s) involucrada(s) en la alegada discriminación (si lo conoce):

Por favor provea el nombre del programa que solicitó: _____

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:

6. Remedios: ¿Qué se necesitaría para resolver esta querrela?

7. ¿Usted radicó una querrela sobre el incidente(s) en otra agencia federal, estatal, o local o en alguna corte?

Sí: _____ No: _____

¿Si es así, en cual agencia o corte la radicó? _____

¿Cuándo la radicó? _____
 Mes Día Año

Firma: _____

Fecha: _____

Envíe el Formulario Completado a:

USDA
Office of the Assistant Secretary for Civil
Rights
1400 Independence Ave, SW, Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410

E-mail: program.intake@usda.gov

Números de Teléfono:

Local: (202) 260-1026
Gratuito: (866) 632-9992
Servicio de relevo local o Federal: (800)
877-8339
Servicio de relevo en español (800) 845-
6136
Fax: (202)690-7442

LEY DE REDUCCIÓN DE PAPELEO Y CARGA DE DECLARACIONES PÚBLICAS:

La Ley de Reducción de Papeleo y Carga de Declaraciones Públicas de 1995 (44 U.S.C. 3501 et seq.) requiere que le informemos a usted que esta información se recopila para asegurar que su querrela contiene la información necesaria para su radicación. La Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles utilizará la información para procesar su querrela por discriminación en uno de los programas. Su respuesta a esta solicitud es voluntaria. La información que usted provee en este formulario será compartida solamente con las personas que tienen la necesidad oficial de saber, y será protegida de divulgación de acuerdo a las disposiciones de la Ley de la Privacidad, 5 U.S.C. § 552a(b). La cantidad de tiempo necesaria para completar este formulario es de 60 minutos. Usted puede enviar sus comentarios con respecto a la exactitud del estimado y sugerencias para reducir el tiempo en completar este formulario a USDA, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Ave, SW, Washington, DC 20250-9410.

Una agencia no podrá conducir o patrocinar, ni se le requiere a un individuo a responder a una solicitud para recopilar información a menos que el documento muestre un Número de Control válido de OMB. El Número de Control de OMB para este formulario es 0508-0002.