



Oficina del Director del
Departamento de Servicios
Humanos de RI
25 Howard Avenue, Cranston, RI 02920
(401) 462-6427
(Voice) TDD 1-800-745-6575

FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Denunciante: _____
(Nombre)

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código postal: _____

Número de teléfono: Residencia: _____ Otro: _____

Correo electrónico (Opcional): _____

Método de contacto preferido: Correo Postal Teléfono Correo electrónico
 Otro

Idioma preferido (si no es inglés) _____

¿Tiene un representante? Sí No

Si tiene un representante, ¿le gustaría enviarnos que enviemos copias de toda la correspondencia futura a esta persona? (marque una) Sí No

Representante: _____
(Nombre)

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código postal: _____

Número de teléfono: Residencia: _____ Otro: _____

Correo electrónico (Opcional): _____

Método de contacto preferido: Correo Postal Teléfono Correo electrónico
 Otro

Queja ingresada por por: _____

Persona o entidad que presuntamente discriminó al denunciante:

Nombre: _____

Ubicación de la oficina: _____

Programa:

- RIW (Efectivo) SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
- GPA (Asistencia para el público en general).
- MPP (Programa de pago de primas de Medicare)
- LTSS (Servicio y Apoyo a largo plazo) CCAP Programa de Asistencia Infantil)
- SSP (Programa Estatal de Pago Suplementario) KB (Katie Beckett)
- ACC (Medicaid) EAD (Medicaid, mayores de 65 años, ciegos o con discapacidades)

El demandante fue presuntamente discriminado por

(Marque todas las opciones que apliquen)

- Raza Color Sexo (incluyendo identidad de género u orientación sexual)
- Nacionalidad Discapacidad Edad Religión Creencias políticas

Fecha en la que se cometió la presunta discriminación: _____

Por favor describa la presunta discriminación y la manera en la que afecta al denunciante. Adjunte hojas adicionales si es necesario.

¿Qué solución está solicitando el denunciante?

¿Se ingresó una denuncia en alguna agencia o corte federal, estatal o local?

(Marque una) Sí No

Si es así, qué agencia o corte: _____

Persona de contacto en la Agencia o Corte: _____

¿Desea ingresar la denuncia en otra agencia? (Marque una) Sí No

Nombre de la Agencia: _____

Firma: _____ Fecha: _____

(Denunciante)

Enviar por correo postal a:

Oficina de Enlace de Relaciones, Comunitarias
Departamento de Servicios Humanos de RI
25 Howard Ave, Building 57, Room 4-39
Cranston, RI 02920

USDA es un Proveedor y Empleador con igualdad de oportunidades