



MISSISSIPPI STATE DEPARTMENT OF HEALTH

**FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS EN MATERIA DE DERECHOS CIVILES**

*Este formulario debe utilizarse al presentar una queja por una transgresión de las leyes de derechos civiles o de disposiciones de no discriminación. Este formulario está destinado al uso por pacientes, clientes, consumidores y participantes de programas que presenten una queja alegando discriminación por parte de un programa del Departamento de Salud del Estado de Mississippi (MSDH) o un beneficiario de una subvención menor financiada por el MSDH.*

Continúe cualquier respuesta a una pregunta en hojas adicionales si es necesario. Adjunte cualquier documentación o material escrito o relacionado con su caso.

**Su nombre, dirección, número(s) de teléfono y dirección de correo electrónico:**

¿Tiene un representante? Sí  No

Si es así, indique el nombre, apellido, dirección postal, número(s) de teléfono y dirección de correo electrónico del representante:

**Nombre, dirección y número(s) de teléfono de la(s) persona(s) que le discriminó (discriminaron):**

**Nombre, dirección y número(s) de teléfono de la agencia u organización involucrada en su queja:**

¿Hay otras personas u organizaciones involucradas en este caso de discriminación? Sí  No

Si la respuesta es SÍ, facilite los nombres, direcciones y números de teléfono a continuación:

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO

**¿Cuál de las siguientes opciones describe la naturaleza de la discriminación involucrada?**

Raza       Color       Origen nacional       Sexo       Orientación sexual       Discapacidad   
Identidad de género       Expresión de género       Edad       Represalias

**¿Dónde tuvo lugar la discriminación?**

**¿En qué mes(es), día(s) y año(s) tuvo lugar la discriminación más reciente en su contra?**

Inicio:            Mes \_\_\_\_\_      Día \_\_\_\_\_      Año \_\_\_\_\_

Finalización:    Mes \_\_\_\_\_      Día \_\_\_\_\_      Año \_\_\_\_\_

**Explique en detalle lo que le sucedió.**

**Indique a continuación las personas con las que podríamos comunicarnos para obtener información adicional que sustente o aclare su queja:**

NOMBRE	DIRECCIÓN	TELÉFONO

**Facilite cualquier otro tipo de información, incluyendo documentación de apoyo, que pueda ser útil para nuestra investigación.**

**Si esta queja se resuelve a su satisfacción, ¿qué recurso busca?**

**¿Ha presentado su queja ante alguno de los siguientes? (Marque las opciones apropiadas)**

- División de Derechos Civiles, Departamento de Justicia de los Estados Unidos
- Comisión de Igualdad de Oportunidades Laborales de los Estados Unidos
- Otra agencia federal  Tribunal federal o estatal
- Abogado  Otro (especifique) \_\_\_\_\_
- Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos

**Para cualquier opción marcada anteriormente, facilite la siguiente información:**

Nombre de la agencia o individuo: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

Número de caso o de expediente: \_\_\_\_\_

Fecha del juicio o audiencia: \_\_\_\_\_

Ubicación de la agencia o tribunal: \_\_\_\_\_

Nombre del investigador: \_\_\_\_\_

Estado del caso: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales:

Documentación de apoyo adjunta (marque una opción): Sí  No

FECHA: \_\_\_\_\_ FIRMA: \_\_\_\_\_

Envíe este formulario de presentación de quejas en materia de derechos civiles al Departamento de Salud del Estado de Mississippi por correspondencia o correo electrónico a la siguiente dirección:

Charles Lee, coordinador de derechos civiles  
Departamento de Salud del Estado de Mississippi  
P.O. Box 1700  
Jackson, Mississippi  
39215-1700  
Teléfono: 601-576-7847  
Correo electrónico: [civilrights@msdh.ms.gov](mailto:civilrights@msdh.ms.gov)

La disponibilidad y el uso de este procedimiento de presentación de quejas formales no impide que una persona presente una queja por discriminación por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad, discapacidad o represalias ante la entidad de financiación federal correspondiente.

La queja se puede presentar directamente ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos** mediante la siguiente información:

Presente una queja utilizando el paquete de formularios de presentación de quejas por discriminación en materia de derechos civiles

Abra este [enlace](#) para completar el paquete de formularios de presentación de quejas por discriminación en materia de derechos civiles en formato PDF. Necesitará el software Adobe Reader para completar los formularios de presentación de quejas y de consentimiento.

Puede valerse de cualquiera de las siguientes alternativas:

Imprima y envíe por correspondencia los formularios completos de presentación de quejas y de consentimiento a la siguiente dirección:

Operaciones Centralizadas de Administración de Casos  
Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos  
200 Independence Avenue, S.W.  
Room 509F HHH Bldg.  
Washington, D.C. 20201, o

Envíe por correo electrónico los formularios completos de presentación de quejas y de consentimiento a [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov) (tenga en cuenta que la comunicación por correo electrónico no cifrado presenta un riesgo de interceptación por parte de terceros no autorizados respecto a información de identificación personal contenida en dicho correo electrónico).

Presente una queja utilizando el portal en línea de la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS)

Abra y siga el siguiente enlace para utilizar el portal de presentación de quejas del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos: [portal en línea del OCR](#)

Esta queja también se puede presentar directamente ante la **División de Derechos Civiles del Departamento de Justicia de los Estados Unidos**, bien sea de manera electrónica a través de su portal (<https://civilrights.justice.gov/report/>) o por correspondencia o teléfono así:

Departamento de Justicia de los Estados Unidos, División de Derechos Civiles  
950 Pennsylvania Ave, NW  
Washington, D.C. 2530-0001  
Número gratuito: 1-855-856-1247  
TTY: 202-514-0716

Si está presentando una queja relacionada con el **Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)**, puede optar por presentar la queja directamente ante el **USDA** de manera electrónica en [U.S. Department of Agriculture USDA Program Discrimination Complaint Form](#) [Formulario de presentación de quejas por discriminación en programas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos] (en español: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>), o bien por correspondencia o teléfono así:

Departamento de Agricultura de los Estados Unidos  
Oficina del Secretario Adjunto de Derechos Civiles  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410; o  
Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442  
Correo electrónico: [Program.Intake@usda.gov](mailto:Program.Intake@usda.gov)

USDA Program information may be made available in languages other than English. Persons with disabilities who require alternative means of communication to obtain program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language), should contact the responsible state or local agency that administers the program or USDA's TARGET Center at (202) 720-2600 (voice and TTY) or contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339.

**ATTENTION:** If you have difficulty understanding English or have a disability, free language assistance or other aids and services are available. MSDH provides free interpretation services, translation of materials, or other assistance available upon request: call 601-206-1720.

Español (Spanish) | Si tiene dificultades para entender inglés o tiene una discapacidad, háganoslo saber. La asistencia lingüística gratuita u otros servicios de ayuda están disponibles a pedido en su departamento de salud local sin cargo. Llame al 601-206-1720.

Tiếng Việt (Vietnamese) | Nếu quý vị gặp khó khăn trong việc hiểu tiếng Anh hoặc bị khuyết tật, vui lòng cho chúng tôi biết. Hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí hoặc các dịch vụ trợ giúp khác được cung cấp miễn phí theo yêu cầu tại Sở Y Tế địa phương của quý vị: 601-206-1720.

中文 (Chinese) | 如果您在理解英語方面有困難或有殘疾，請告知我們。當地衛生部門可應要求免費提供語言協助或其他援助服務。601-206-1720.

إذا كنت تواجه صعوبة في فهم اللغة الإنجليزية أو تعاني من إعاقة، فيرجى إخبارنا بذلك. إذ تتوفر المساعدة (Arabic) | اللغة العربية 601-206-1720 للغة مجانية أو خدمات المساعدة الأخرى مجاناً عند طلبها من الإدارة المحلية للشؤون الصحية:

Français (French) | Si vous éprouvez de la difficulté à comprendre l'anglais ou si vous souffrez d'un handicap, veuillez nous en informer. Une assistance linguistique gratuite et d'autres services d'aide sont disponibles sur demande auprès de votre service de santé local. Veuillez appeler: 601-206-1720.

Kreyol (Haitian) | Si w gen difikilte pou w konprann Angle oswa si w gen yon andikap, tanpri fè nou konnen. Asistans lang gratis oswa lòt sèvis èd disponib sou demann nan Depatman Sante lokal ou a gratis. Tanpri rele: 601-206-1720.

Italiano (Italian) | Se non capisce bene l'inglese o ha una disabilità, ce lo comunichi. Presso il locale Dipartimento della salute sono disponibili a titolo gratuito un servizio di assistenza linguistica o altri servizi di assistenza su richiesta. Contattare: 601-206-1720.

Deutsch (German) | Wenn Sie kein Englisch verstehen oder eine Behinderung haben, teilen Sie es uns bitte mit. Kostenlose Sprachunterstützung oder andere Hilfsdienste sind auf Wunsch bei Ihrem lokalen Gesundheitsamt kostenlos verfügbar: 601-206-1720.

Hindi | यदि आपको अंग्रेजी समझने में कठिनाई होती है या आप अक्षम हैं, तो अनुरोध करने पर मुफ्त भाषा सहायता या अन्य मदद और सेवाएं उपलब्ध हैं। कृपया कॉल करें: 601-206-1720.

فارسی (Farsi)

اگر زبان انگلیسی را درک نمیکنید یا دارای معلولیت هستید، لطفاً به ما اطلاع دهید. خدمات رایگان زبانی یا سایر خدمات امدادی، در صورت نیاز به صورت رایگان در اداره بهداشت محلی شما قابل دریافت است: 601-206-1720.

한국어 (Korean) |영어를 이해하는 데 어려움이 있거나, 장애가 있는 경우 저희에게 알려주십시오. 무료 언어 지원 또는 기타 지원 서비스는 요청 시 지역 보건부에서 무료로 제공됩니다: 601-206-1720.

Yoruba |Tí o bá ní isòro mípa òye Gègèsi tàbí o ní àìlera, jòwó jẹ́ kí a mò. Ànfàní ètò irànlówó èdè àti àwọn ètò irànlówó mìíràn wà tí o bá bèèrè fun ní èka Ìtójú ilera àdùúgbò lófèfè: 601-206-1720.

Igbo

Ọ bụrụ na ọ na-esiri gị ike ighota Bekee ma ọ bụ na i nwere nkwarụ, biko mee ka anyị mara. Enyemaka asusu efu ma ọ bụ ọrụ enyemaka ndị ọzọ dị mgbe a chọrọ ha na Ngalaba Mpaghara Ahụike gị n'efu: 601-206-1720.