



Formulario de Denuncia
Programa WIC de Nuevo México



¿Quién está haciendo esta denuncia?				
Partícipe	Vendedor	Granjero	Empleado / clínica de WIC	Otro
Nombre		Número de Teléfono		
Dirección		Ciudad, Estado, Código postal		
¿Contra quién es la denuncia?			Nombre/ID#/Tarjeta (si se sabe)	
Partícipe				
Vendedor/Granjero			Nombre/Ubicación	
Empleado / clínica de WIC			Nombre y/o nombre de la clínica	
Fecha del Incidente	Hora del Incidente	Nombre o descripción física de la(s) persona(s) involucrada(s)		
Descripción de lo que sucedió (Sea lo más detallado posible, quién, qué, dónde, cuándo, UPC y, si corresponde, adjunte copias de los recibos y fotografías de los artículos). (Agregue páginas adicionales o continúe al reverso de este formulario)				
Firma de la persona que presenta la queja			Signature Firma de la persona que completa el formulario (si es diferente)	
Fecha				
Instrucciones: Complete este formulario con tinta azul o negra y envíelo a uno de los siguientes: Correo electrónico: wic.nm@doh.nm.gov Fax: (505) 476-8900 Sitio web: Contact Us New Mexico WIC nmwic.org Correo: New Mexico WIC Director 2040 S. Pacheco Santa Fe, NM 87505				



Formulario de Denuncia
Programa WIC de Nuevo México



(WIC Staff Only)		
Describe in detail the action taken to resolve this complaint:		
Name of Staff Person	Date	Phone #
Staff Signature		

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar 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.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Las personas con discapacidades que requieren medios alternos de comunicación para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano (ASL), etc.) deben comunicarse con la agencia local o estatal responsable de administrar el programa o con el Centro TARGET del USDA al (202) 720-2600 (voz y TTY) o comuníquese con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, el cual puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, de cualquier oficina de USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida a USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse a 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; o

2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

3. correo electrónico: program.intake@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.