

FORMULARIO PARA QUERELLAS DE ALEGACIONES DE DISCRIMINACIÓN EN LOS PROGRAMAS DE LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL

Instrucciones

PROPÓSITO DE ESTE FORMULARIO: El propósito de este formulario, SSA-437-BK, es el ayudarle en la presentación de una querrela de discriminación relacionada con los programas y las actividades realizada por la administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés).

POLÍTICA DE SSA: La política de la SSA demanda que nosotros manejemos nuestros programas y actividades de tal manera que no exista discriminación en bases de: raza; color de la piel; origen nacional (incluso, la limitación de dominio del idioma inglés); religión; género (incluso, preferencia e identidad sexual); incapacidad; edad; o estado como padre o madre. Ningún oficial, empleado o agente de la SSA puede intimidar, amenazar, acosar, obligar, discriminar o de alguna manera tomar represalias contra ninguna persona quien ha presentado una querrela alegando discriminación o por participar de alguna manera en una investigación o algún otro procedimiento suscitando alegaciones de discriminación.

CÓMO PRESENTAR UNA QUERRELA DE DISCRIMINACIÓN: Si usted cree que un empleado de SSA o un juez de derecho administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) quien estuvo involucrado en el procesamiento de su reclamación para recibir los beneficios administrados por la Administración del Seguro Social tenía algún prejuicio o parcialidad en contra de usted, y la acción que tomó en su reclamación de beneficios fue basada en alguna manera de discriminación y no en los hechos de su caso, usted puede presentar una querrela de discriminación en los programas haciendo uso de este formulario. En lugar de usar este formulario, puede escribir una carta indicando la misma información solicitada en este formulario. Si su carta es de falta de información, le enviaremos una copia de este formulario. Investigamos querrelas de discriminación que están completos, oportunos y dentro de nuestra jurisdicción.

No debe presentar una querrela de discriminación si ha experimentado **un problema con servicio al cliente** no relacionado con la discriminación. En estos casos, comuníquese con la SSA en <https://faq.ssa.gov/ics/support/ticketnewwizard.asp?style=classic&type=feedback>.

QUERELLAS RELACIONADAS CON FALLOS EN RECLAMACIONES DE LOS BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS ADMINISTRADOS POR LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL: No debe presentar una querrela de discriminación si su querrela se refiere a una decisión sobre beneficios que no están de acuerdo. Si desea preguntar a SSA para cambiar su decisión sobre su reclamación por beneficios bajo unos de los programas administrado por SSA (tales como beneficios de seguro por incapacidad (DIB, por sus siglas en inglés), Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), beneficios por niños, de viudos, o jubilación), **deberá seguir los procedimientos y plazos para apelar la decisión, tal como se describe en el aviso de derechos de apelación incluido con la decisión.** Si cree que la decisión de los beneficios de SSA estaba basada en la discriminación, debe afirmarlo en su apelación y proporcionar los hechos en los que basa su alegación.

NOTA ACLARATORIA: Si no está de acuerdo con una acción que la SSA tomo sobre una reclamación de beneficios, nuestro reglas de programa requieren que apelar a la acción dentro

de un período de tiempo específico. **El presentar una querrela de discriminación usando este formulario** (o una carta declarando la misma información requerida por este formulario) **para quejarse de que un empleado de SSA o el juez de ley administrativo (ALJ) actuó en su reclamación para recibir los beneficios basados en un prejuicio o una discriminación en el lugar de los hechos de su caso no extenderá el plazo de tiempo límite para presentar una apelación.**

QUERELLAS RELACIONADAS CON ASUNTOS DE EMPLEO EN LA SSA: No use este formulario para presentar su querrela relacionada con asuntos de empleo de la SSA. Usted debe comunicarse con un Consejero de Igualdad de Oportunidad de Empleo (EEO, por sus siglas en inglés) dentro de 45 días a partir del momento en que usted cree que se tomó la acción basada en discriminación. Comuníquese con un Consejero de EEO llamando al número (866) 744-0374 o por medio de la página de internet de la Oficina de Derechos Civiles e Igualdad en Oportunidad de Empleo.

FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR LA QUERELLA: Este formulario o carta de querrela de discriminación tiene que presentarse dentro de **180 días** de la alegada acción de discriminación. Si el alegado acto de discriminación ocurrió más de 180 días atrás, tendrá que proveer una explicación de por qué esperó para presentar su querrela. SSA prescindirá del requisito de los 180 días en casos donde SSA entienda que existe una causa justificada para que presentara la querrela con retraso. Debemos rechazar querellas tarde sin una causa justificada.

CÓMO PRESENTAR LA QUERELLA POR CORREO O EMAIL: Para presentar una querrela por discriminación, usted o alguien que le pueda ayudar o la persona que lo representa a usted, debe llenar este formulario, firmarlo y fecharlo (o una carta declarando la misma información requerida por este formulario). Si su querrela de discriminación está incompleta o sin firmar, se la devolveremos para que la corrija, lo que retrasaría la consideración de su querrela. Debe retener una copia de su querrela de discriminación. Envíe la original por correo a la oficina correspondiente de SSA en la página 8. Puede optar mandar su querrela de discriminación por e-mail como un adjunto a program.complaint.intake@ssa.gov. La comunicación por e-mail sin criptografía presenta un riesgo que no autorizado de terceros pudiera interceptar su información personalmente identificable

IDENTIFICACION DE LA OFICINA REGIONAL CORRESPONDIENTE. Si nos envía su querrela de discriminación, por correo, por favor envíelo a la oficina regional correspondiente al estado donde ocurrió la supuesta discriminación. Debe incluir en su e-mail una copia firmada y fechada del formulario para querellas o una carta detallando la misma información que se solicita en este formulario y envíelo por e-mail a nosotros a la siguiente dirección electrónica: program.complaint.intake@ssa.gov. Si nos envía su querrela por e-mail a alguna otra dirección electrónica, eso podría comprometer la privacidad y la seguridad de la información que usted nos envía en su querrela.

PREGUNTAS. Para preguntas o asistencia con los derechos civiles discriminación proceso de querellas, usted o alguien que ayuda o representarlo se puede comunicar con nosotros por e-mail como se describe anteriormente o nos puede llamar gratis al (866) 574-0374. También puede enviar una carta a la correspondiente oficina regional de la SSA.

Formulario de Querrela por Discriminación

1. Persona(s) presuntamente discriminada(s) (para personas adicionales, favor de proporcionar la información en una hoja aparte):

Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de teléfono diurno			
Número de Seguro Social			

2. Persona(s) que presenta(n) la querrela (si es diferente a la de pregunta 1). Escriba su nombre, su dirección y su número de Seguro Social.

Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de teléfono diurno			
Número de Seguro Social			

3. Por favor explique su parentesco o asociación con la(s) persona(s) identificada(s) en la pregunta 2:

4. La política de la Administración del Seguro Social prohíbe que los programas que dicha agencia administra discriminen contra usted basados en cualquiera de las siguientes razones: raza, color, origen nacional (incluso, dominio limitado del idioma inglés); religión; género (incluso, orientación e identidad sexual); incapacidad; edad; y estado de los padres. (Nota aclaratoria: No todas las bases de discriminación aplican a todos los programas de la Administración del Seguro Social.) La política de la Administración del Seguro Social también prohíbe represalias contra usted porque usted presentó una querrela por discriminación y también prohíbe represalias contra cualquier persona que le haya ayudado a presentar una querrela. Por favor especifique en base a qué usted cree que se discriminó en contra suya.

5. ¿En qué fecha(s) tomó lugar la discriminación que se alega?

-
6. Las querellas por lo general deben ser presentadas dentro de 180 días de la alegación de discriminación. Si la(s) fecha(s) de la discriminación indica(n) anteriormente ocurrió u ocurrieron hace más de 180 días atrás, puede solicitar una exoneración del límite de tiempo para presentar una querella. Si desea solicitar una exoneración, por favor explique por qué esperó hasta hoy para presentar su querella.

-
7. Por favor háganos saber con la mayor claridad posible la acción que se tomó la cual usted cree que estaba basada en discriminación o la política, procedimiento o práctica de la Administración del Seguro Social que usted cree que fue discriminatoria. Explique por qué usted cree hubo discrimen contra usted. Identifique a la(s) persona(s) que están involucradas y describa lo que la(s) persona(s) hizo (hicieron). Si la alegada discriminación ocurrió en una de las oficinas del Seguro Social, por favor indique dónde está localizada la oficina (calle, ciudad y estado). Si la alegada discriminación ocurrió durante una llamada a la Administración del Seguro Social, indique el número de teléfono que usted llamó o de dónde lo llamaron a usted, el nombre de la persona con quien usted habló y la fecha y hora de la llamada. Use hojas de papel adicionales si las necesita. Adhiera cualquier documento escrito que esté relacionado con la querella que usted cree que nos puede ayudar a entender mejor el incidente.

-
8. Si usted cree que hubo algún tipo de represalia en contra suya por haber presentado una querella o haber sido parte de una querella por discriminación anteriormente, por favor explique las circunstancias de la misma en el espacio provisto a seguir. Asegúrese de explicar qué acciones se usaron para tomar represalia contra usted y describa qué usted hizo que supuestamente provocó la represalia.
-

9. Por favor escriba los nombres, las direcciones y los números de teléfonos de cualquier persona(s) que haya(n) sido testigo(s) o que tenga(n) información adicional acerca del discrimen o las acciones a las que se refiere esta querella. Si la persona es un(a) empleado(a) de la Administración del Seguro Social, bastará con escribir el nombre del (de la) empleado(a) y el nombre o localización de la oficina de la Administración del Seguro Social donde el empleado(a) trabaja.

Nombre	Dirección	Número de teléfono

10. ¿Le escribió o habló usted con algún oficial de la Administración del Seguro Social acerca de las acciones que usted cree que eran discriminatorias? Si hubo algún tipo de comunicación, por favor identifique el nombre del oficial, la localización de la oficina (calle, ciudad y estado) o el número de teléfono que usted llamó, la(s) fecha(s) en que usted se comunicó con el agente y describa qué sucedió después.

11. ¿Qué quisiera usted que la Administración del Seguro Social haga como resultado de su querella?
¿Qué remedio o acuerdo está solicitando por la discriminación que usted alega?

12. ¿Ha presentado usted, o la persona en contra de quien se ha discriminado, una querella acerca de este asunto a alguna otra agencia u organización? Sí No

12A. Si respondió «Sí», por favor escriba el nombre y la ubicación de la(s) oficina(s) donde se presentó la querella.

12B. ¿Cuál es la fecha en que presentó la querella?

_____ MM/DD/YYYY

13. ¿A través de qué medios se informó que podía presentar esta querella?

14. No podemos aceptar una querrela si no tiene una firma. Por favor firme y feche este formulario para querellas en los espacios que aparecen a continuación.

Firma de la persona contra quien se alega que se discriminó:	Fecha
--	-------

Si alguien está presentando la querrela a nombre de otra persona, (identificada en la pregunta 1), esa otra persona también tiene que firmar y fechar la querrela. Si no puede conseguir que la otra persona firme la querrela, por favor explique por qué no puede hacer que la otra persona firme la querrela. Asegúrese de contestar la pregunta 1, así nosotros nos podremos comunicar la persona.

Firma de persona que completa este formulario	Fecha
---	-------

**El resto de la información que se solicita de este punto en adelante es opcional.
El que no conteste estas preguntas, no afectará la decisión de la SSA de procesar su querrela.**

¿Tiene alguna necesidad especial para comunicarse con nosotros referente a esta querrela?
(Haga una marca en todos los que apliquen)

Braille Letra grande CD con documento en Word Grabación en CD Correo electrónico TDD

Intérprete de lenguaje de señas (especifique el idioma): _____

Intérprete de un idioma extranjero, incluso el español, (especifique el idioma): _____

Alguna otra necesidad especial (favor de especificar): _____

Para ayudarnos a prestarle un mejor servicio al público en general, favor de suministrar la siguiente información acerca de la persona contra quien usted cree que hubo discrimen (ya sea usted o la persona a nombre de quien usted está presentando la querrela).

Origen étnico (seleccione solo uno)

Hispano o Latino No es Hispano ni Latino

Raza (seleccione todos lo que apliquen)

Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Hawaiano Nativo o Insular del Pacífico

Negro o Afro Americano Blanco Otra raza (especifique): _____

Idioma preferido (si no es el inglés) _____

Ley de Confidencialidad Recolección y uso de información personal

A los querellantes y aquellas personas que cooperan en la investigación llevada a cabo por la Administración del Seguro Social referente a una alegación de discriminación, se le otorgan ciertos derechos y protecciones. Esta breve descripción le proveerá con una perspectiva general de estos derechos y protecciones.

La Administración del Seguro Social está autorizada a recopilar información referente a querellas relacionadas con discriminaciones en los programas conforme a 5 U.S.C. § 301, 29 U.S.C. § 794(a), 42 U.S.C. § 902(a)(5), 45 C.F.R Parte 85, 20 C.F.R. § 405.30 y Órdenes Ejecutivas 13160 y 13166. Las respuestas que usted provea serán utilizadas para tomar una decisión acerca de cómo debemos proceder con su querella. Al contestar las preguntas de este formulario, lo estaría haciendo de manera totalmente voluntaria; no obstante, es posible que no podamos procesar su querella si elige el no contestar las preguntas. No es obligatorio que use este formulario. Usted tiene el derecho de escribir una carta que incluya toda la información que se solicita en este formulario.

Muy infrecuentemente usamos la información que provee en este formulario para cualquier otro propósito que no sea el procesar su querella. Sin embargo, es posible divulguemos la información de acuerdo con los usos rutinarios aprobados por la Ley de Confidencialidad (5 U.S.C. § 552a(b)), que incluye, pero no están limitados, a los siguientes:

1. En respuesta a una indagación hecha por una oficina de un congresista dándole seguimiento a una petición de intervención hecha por el querellante;
2. A la Oficina del Presidente de los EE. UU. con el propósito de responder a una indagación con respecto al querellante o un tercero a nombre del querellante;
3. Para responder a otra agencia federal o un tribunal o un tercero en litigio, cuando el gobierno federal es una de las partes nombradas en una demanda siendo ventilada por el tribunal;
4. A alguna agencia del gobierno federal, estatal o municipal para los propósitos de la justicia referente a una violación de la ley;
5. Al Departamento de Justicia, la Comisión de Equidad de Empleo u otras agencias federales o estatales, cuando esto sea necesario para la administración o aplicación de leyes o reglamentos de derechos civiles.

Los expedientes de querellas están exentos como material de una investigación, recopilados para propósitos policíacos, de ciertas estipulaciones de acceso a información de la Ley de Confidencialidad, enmienda, corrección y requisitos de avisos (5 U.S.C. § 552a(k)(2)). No obstante, un querellante o cualquier otra persona del público en general puede solicitar que se divulgue esta información bajo las estipulaciones de la Ley de Libertad de Información (5 U.S.C. § 552).

Una lista de los usos rutinarios de esta información está contenida en nuestro sistema de avisos, «System of Records Notice 60-0275, Civil Rights Complaints Filed by Members of the Public» (solo disponible en inglés). Información adicional referente a este formulario y nuestros otros sistemas de avisos sobre expedientes y programas administrados por el Seguro Social, están disponibles por internet en www.segurososocial.gov o en cualquier oficina del Seguro Social.

La Ley de Reducción de Trámites - La recopilación de esta información cumple con los requisitos de 44 U.S.C. § 3507, según enmendada por la sección 2 de la Ley de Reducción de Trámites del 1995. No se le requiere contestar ninguna de estas preguntas a menos que mostremos un número de control válido expedido por la Oficina de Gerencia y Presupuesto. Calculamos que le tomará aproximadamente 1 hora para leer las instrucciones, recopilar la información necesaria y contestar las preguntas. Puede enviar comentarios concernientes a la estimación de tiempo antes mencionada a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe a esta dirección solo comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo que le tomaría en llenar el formulario.

**REGION 1: Connecticut, Maine, Massachusetts,
New Hampshire, Rhode Island,
Vermont**

Civil Rights Coordinator
Office of General Counsel, Region 1
Social Security Administration
J.F.K. Federal Building, Room 625
15 New Sudbury Street
Boston, MA 02203

**REGION 2: New York, New Jersey, Puerto Rico,
U.S. Virgin Islands**

Civil Rights Coordinator
Office of the General Counsel, Region 2
Church Street Station
Social Security Administration
Room 3484
New York, NY 10008

**REGION 3: Delaware, Maryland, Pennsylvania,
Virginia, West Virginia,
the District of Columbia**

Civil Rights Coordinator
Office of the General Counsel, Region 3
Social Security Administration
PO Box 41777
Philadelphia, PA 19101

**REGION 4: Alabama, Florida, Georgia,
Kentucky, Mississippi,
North Carolina, South Carolina,
Tennessee**

Civil Rights Coordinator
Office of the General Counsel, Region 4
Social Security Administration
Atlanta Federal Center
61 Forsyth Street
Suite 20T45
Atlanta, GA 30303

**REGION 5: Ohio, Michigan, Illinois, Indiana,
Wisconsin, Minnesota**

Civil Rights Coordinator
Office of the General Counsel, Region 5
Social Security Administration
PO Box 6375
Chicago, IL 60606

**REGION 6: Arkansas, Louisiana, Oklahoma,
New Mexico, Texas**

Civil Rights Coordinator
Office of the General Counsel, Region 6
Social Security Administration
1301 Young Street, Suite A-702
Dallas, TX 75202-5433

REGION 7: Iowa, Kansas, Missouri, and Nebraska

Civil Rights Coordinator
Office of the General Counsel, Region 7
Social Security Administration
PO Box 15621
Kansas City, MO 64106

**REGION 8: Colorado, Montana, North Dakota, South Dakota,
Utah, Wyoming**

Civil Rights Coordinator
Office of the General Counsel, Region 8
Social Security Administration
1961 Stout Street, Suite 04-169
Denver, CO 80294

**REGION 9: Arizona, California, Nevada, Hawaii, Guam,
American Samoa, Saipan**

Civil Rights Coordinator
Office of the General Counsel, Region 9
Social Security Administration
160 Spear Street, Suite 800
San Francisco, CA 94105-1545

REGION 10: Alaska, Idaho, Oregon, and Washington

Civil Rights Coordinator
Office of the General Counsel, Region 10
Social Security Administration
701 Fifth Avenue
Suite 2900, M/S 221A
Seattle, WA 98104-7075