



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

PROPÓSITO: El propósito de este formulario es el ayudarle en la presentación a la Administración del Seguro Social (SSA, siglas en inglés) de una querella relacionada con los programas y las actividades que lleva a cabo dicha agencia. Si necesita ayuda para llenar este formulario, nos puede llamar al (866) 574-0374. No se requiere el uso de este formulario para presentar una querella; una simple carta detallando la misma información es más que suficiente. No obstante, si presenta su querella por carta, es imperativo que escriba en ella la misma información que se pregunta en el formulario y que la carta tenga su firma o la firma de su representante autorizado. El presentar información incompleta o un formulario sin firmar causará retrasos en el procesamiento de su querella.

POLÍTICA DE LA 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/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 querella alegando discriminación o por participar de alguna manera en una investigación o algún otro procedimiento suscitando alegaciones de discriminación.

QUERELLAS RELACIONADAS CON EMPLEO EN LA SSA: Si su querella de discriminación está relacionada con oportunidad de empleo con la SSA, **este no es el formulario que debe usar** para presentar su querella. Usted debe comunicarse con un Consejero de Igualdad de Oportunidad de Empleo (EEO, siglas en inglés) dentro de 45 días a partir del momento en que usted cree que se tomó la acción basada en discriminación. Para comunicarse con un Consejero de EEO, usted puede llamar a la Oficina de Derechos Civiles e Igualdad en Oportunidad de Empleo al número gratis - (866) 744-0374.

QUERELLAS RELACIONADAS CON FALLOS EN RECLAMACIONES DE LOS BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS ADMINISTRADOS POR LA SSA: Si su querella de discriminación está relacionada con un fallo que hemos emitido referente a una reclamación de los beneficios de los programas administrados por la SSA y si la mitigación que busca es que la SSA cambie el fallo, **este no es el formulario que debe usar. Usted tiene que apelar el fallo de acuerdo con los procedimientos y dentro del periodo de tiempo establecido en el aviso del derecho a apelación que usted recibió junto con nuestro fallo. Si usted cree que el fallo en su reclamación para recibir los beneficios estaba basado en discriminación, tienen que declarar eso en su apelación e incluir los hechos sobre los cuales se basa su alegación.**

QUERELLA RELACIONADA CON ACTOS EN CONEXIÓN CON EL PROCESAMIENTO DE UNA RECLAMACIÓN PARA RECIBIR LOS BENEFICIOS DE SEGURO SOCIAL: Si usted cree que un empleado o adjudicador de la SSA quien estuvo involucrado en el procesamiento de su reclamación para recibir los beneficios de SSA 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 querella de discriminación en los programas haciendo uso de este formulario. Si su querella está apropiadamente anotada, a tiempo y está bajo nuestra jurisdicción, llevaremos a cabo una investigación y tomaremos una decisión en su caso. No obstante, la decisión que tomamos sobre una querella relacionada a discriminación en los programas de beneficios no cambia el fallo emitido en la reclamación de los beneficios. La única manera de cambiar un fallo en la reclamación de beneficios es presentando una apelación del fallo.

FECHA LÍMITE PARA PRESENTAR LA QUERELLA: Este formulario o carta de querella de discriminación tiene que presentarse dentro de 180 días de la alegada querella 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 querella. La SSA prescindirá del requisito de los 180 días en casos donde la SSA entienda que existe una excusa justificada (circunstancias atenuantes) para que presentara la querella con retraso.

Si no está de acuerdo con alguna acción que la SSA tomó referente a su reclamación de beneficios y los reglamentos del programa de beneficios le requieren que usted apele la acción dentro de un periodo de tiempo específico, resta de su parte el apelar para cambiar el fallo emitido en su reclamación para recibir los beneficios. El presentar una querella por discriminación basada en los méritos de su reclamación para recibir los beneficios no extenderá la fecha límite que usted tiene para presentar una apelación.

CÓMO Y CUÁNDO PRESENTAR LA QUERELLA: Para presentar una querella por discriminación, por favor llene y envíe un formulario de querella por discriminación con firma y fecha o una firmada y fechada detallando la misma información que se solicita en este formulario y envíelo a:

Social Security Administration
Program Discrimination Complaint Adjudication Office
Room 617 Altmeyer Building
6401 Security Boulevard
Baltimore, MD 21235

Si prefiere, puede enviarnos su querella por facsímile (fax) o email. El número telefónico para enviar su querella por fax es: (410) 597-0507.

Si nos envía su querella por email debe incluir en su email 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 email a nosotros a la siguiente dirección electrónica: program.complaint.intake@ssa.gov. Si nos envía su querella por email a alguna otra dirección electrónica, eso podría comprometer la privacidad y la seguridad de la información que usted nos envía en su querella.

Si tiene alguna pregunta sobre cómo funciona el procedimiento de querellas o si tiene alguna pregunta referente a alguna querella que ya presentó, se puede comunicar con nosotros a la dirección postal anteriormente establecida o por fax o email o nos puede llamar gratis al (866) 574-0374.

Formulario de Querella por Discriminación

1. Escriba su nombre, dirección postal y número de Seguro Social.

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono diurno al cual podemos llamarlo

Número de Seguro Social

2. Persona(s) que presenta(n) la querella (si es diferente a la de pregunta 1):

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono diurno

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

4. La política de la SSA 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 SSA.) La política de la SSA también prohíbe represalias contra usted porque usted presentó una querella por discriminación y también prohíbe represalias contra cualquier persona que le haya ayudado a presentar una querella. 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 SSA que usted cree que fue discriminatoria. Explique por qué usted cree hubo discrimen contra usted. Identifique 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 SSA, 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 querrela. Si la persona es un(a) empleado(a) de la SSA, bastará con escribir el nombre del (de la) empleado(a) y el nombre o localización de la oficina de la SSA donde el empleado(a) trabaja.

Nombre	Dirección	Número de teléfono

10. ¿Le escribió o habló usted con algún oficial de la SSA 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 oficial y describa qué sucedió después.

11. ¿Qué quisiera usted que la SSA haga como resultado de su querrela? ¿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 querrela 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 querrela.

12B. ¿Cuál es la fecha en que presentó la querrela? _____
MM/DD/AAAA

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

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	Fecha
-------	-------

Tiene que firmar y fechar esta querrela. Si usted está presentando la querrela a nombre de otra persona, 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 #2, así nosotros nos podremos comunicar la persona. Si nos envía su querrela por correo electrónico, por favor asegúrese de incluir una copia firmada del formulario.

CÓMO PRESENTAR ESTA QUERRELLA

Envíe las páginas de la 3 a la 6 del formulario de Querellas de Discriminación en los Programas Lleno, firmado y fechado, junto con cualquier otra documentación o evidencia que usted quiere que nosotros veamos, a la siguiente dirección:

Dirección postal: Social Security Administration
Program Discrimination Complaint Adjudication Office
Room 617 Altmeyer Building
6401 Security Boulevard
Baltimore, MD 21235

Dirección electrónica: program.complaint.intake@ssa.gov

Número de facsímile (fax): (410) 597-0507

Si tiene preguntas sobre este formulario o necesita ayuda para llenarlo, nos puede llamar de gratis al: (866) 574-0374.

**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?

(Indique todo lo que aplique)

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, sírvase en proveernos la siguiente información acerca de la persona en contra de quien usted cree que se discriminó (ya sea usted mismo o la persona a nombre de quién usted está presentando esta querrela).

Identidad Étnica (seleccione uno)

Hispano o Latino No es Hispano ni Latino

Raza (seleccione todos los que apliquen)

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

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

Idioma de Preferencia (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 (SSA, siglas en inglés) 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 SSA 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 mandatorio 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. A alguna oficina de un congresista a nombre de alguna persona en respuesta a una indagación hecha a dicha persona quien es la persona contra quien se plantea la querella;
2. A la Oficina del Presidente de los Estados Unidos con el propósito de responder a una indagación con respecto a esa persona o un tercero a nombre de la persona;
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, clasificados como material de investigación recopilado para propósitos de la justicia, de ciertos accesos, enmiendas, correcciones y requisitos de avisos requeridos por la Ley de Confidencialidad (5 U.S.C. § 552a(k)(2)). No obstante, un querellante o alguna 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 Registros de Avisos 60-0275, Querellas de Derechos Civiles Presentadas por Personas del Público en General. Información adicional concerniente a este formulario, e información concerniente a nuestros sistemas y programas de avisos y los programas que administra el Seguro Social están disponibles por Internet en www.segurosocial.gov o en cualquier oficina del Seguro Social.

La Ley de Reducción de Trámites - La recolección 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 nuestro cálculo de tiempo a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe a esta dirección solo comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo; no envíe el formulario de querella a esta dirección.*