

ESTADO LIBRE ASOCIADO DE PUERTO RICO  
DEPARTAMENTO DE LA FAMILIA  
ADMINISTRACIÓN DE DESARROLLO SOCIOECONÓMICO  
PROGRAMA ASISTENCIA NUTRICIONAL

**QUERELLAS POR DISCRIMINACIÓN**

El Programa de Asistencia Nutricional (PAN) garantiza igualdad de oportunidades. Si cree que se ha discriminado contra usted, por razón de raza, color, origen nacional, sexo, edad o impedimentos, escriba a USDA, Director, Office Of Civil Rights, Room 326 W. Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410. Puede llamar las Personas sordas, con dificultad para oír o tiene impedimento para hablar pueden comunicarse al "Federal Relay Service" al 1-(800) 845-6136 (Español). Para información sobre el Programa, llame al 1-800-981-5822, 1-800-981-8056 (libre de cargos)

|  |                               |   |  |
|--|-------------------------------|---|--|
| Oficina Local: _____   |                               | Oficina Regional: _____   |  |
| Participante [ ]   |                               | Solicitante [ ]   |  |
| Visitante [ ]  |                               |   |  |
| Nombre y Apellidos del Querellante   | Seguro Social del Querellante | Número de teléfono  |  |
| Dirección Residencia   |                               | Dirección Postal  |  |
| Indique nombre de la persona o grupo sobre quién se querella   |                               | Título o Puesto de la Persona o Grupo                               |  |
| Marque la razón para la discriminación:<br>___ Raza ___ Color ___ Origen Nacional ___<br>___ Sexo ___ Edad ___ Impedimento |                               | Fecha en que ocurrieron los hechos<br>Día _____ Mes _____ Año _____ |  |
| Describa brevemente los hechos que motivan la querella.  |                               |   |  |
| Indique nombre y dirección de testigos de los hechos   |                               |   |  |
| Nombre   |                               | Dirección   |  |
| _____  |                               | _____   |  |
| _____  |                               | _____   |  |
| _____  |                               | _____   |  |

Firma o Marca del Querellante  
Fecha \_\_\_\_\_  
(día - mes - año)

Firma del Testigo de la Marca

Firma de la persona que recibe la querella  
Fecha \_\_\_\_\_  
día - mes - año)

Nombre del empleado que tramita la Querella a  
USDA, Food and Nutrition Service