

**PROGRAMA DE AYUDA TEMPORAL PARA FAMILIAS NECESITADAS (TANF)
QUERELLAS POR DISCRIMEN**

El Programa de Ayuda Temporal para Familias Necesitas (TANF) garantiza la igualdad de oportunidades. Si cree que se ha discriminado contra usted por razón de: raza, color, nacionalidad, discapacidad, sexo, edad, o por creencia religiosa o política, escriba a la Oficina de Derechos Civiles (OCR) del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (DHHS), Jacob Javits Federal Building, 26 Federal Plaza - Suite 3312, New York, NY 10278.

Personas sordas, con dificultad para oír o tiene impedimentos del habla, pueden comunicarse con el "Federal Relay Services" al 1-(800)-877-8339 o al 1-(800) 845-6136 (español). Para más información sobre el Programa, llame al (787)-289-7600 ext. 2407 o 2403, 1-(800)-368-1019 o TDD (800) 537-7697 (libre de cargos).

Oficina Local: _____ Oficina Regional: _____

Participante Solicitante Visitante

Nombre y Apellidos del Querellante _____ Seguro Social del Querellante _____ Número de Teléfono _____

Dirección Residencial _____ Dirección Postal _____

Indique Nombre de la Persona o Grupo sobre Quien se Querella _____ Título, Puesto de la Persona o Grupo _____

Marque la Razón para la Discriminación:
___ Raza ___ Color ___ Nacionalidad ___ Discapacidad
___ Sexo ___ Edad ___ Política ___ Religión
Fecha en que Ocurrieron los Hechos
____ 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

Firma del Empleado que Recibe la Querella

Fecha (día- mes- año)

Fecha (día- mes- año)

Nombre del Empleado que Tramita la Querella OCR, DHHS

Fecha (día- mes- año)