



North Carolina Department of Health and Human Services,
Complaint Form
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte,
Formulario para Querellas

File # _____

Date Received _____

Usted tiene derecho a presentar una queja si usted piensa que le trataron injustamente **por motivos de raza, origen nacional, sexo, religión, edad, incapacidad, creencias políticas o porque no habla inglés.** Usted puede llenar una queja por usted o a favor de otra persona. Si usted desea presentar una queja, por favor, complete esta forma y dé una copia al oficial de "Cumplimientos del Título VI." Para proteger sus derechos, usted debe presentar esta queja en el plazo de 180 días desde la fecha que usted cree que le trataron de una forma injusta. Si usted no presenta su queja en el plazo de 180 días, usted puede perder su derecho para someter su queja.

Usted puede presentar esta queja con su agencia local o en el U. S. Departamento de la Justicia, o AMBOS.

Usted debe firmar y escribir la fecha de esta queja al final de la forma. Usted debe también guardar una copia para usted. Para más información sobre cómo presentar una queja, llame a NCDHHS, oficina de Consejo General, al 1-800-662-7030 (CARE-LINE), o servicio TTY para personas con problemas de audición: 1-877-452-2514. Usted puede también quejarse verbalmente, diciendo a la agencia local o federal que usted desea presentar una queja. Si usted presenta una queja verbalmente, cerciórese de anotar el nombre de la persona con la que hablo y la fecha.

You have a right to file a complaint if you think that you were treated unfairly **because of your race,/color, where you are from, sex, religion, age, disability, political beliefs or don't speak English well.** You can file a complaint for yourself or for someone else. If you want to file a complaint, please fill out this form and give one copy to the "Title VI Compliance Officer." To protect your rights, you must file this Complaint within 180 days of the date you believe you or someone else was treated unfairly. If you do not file your Complaint within 180 days, you may lose your right to file any **Complaint.** You can file this Complaint with your local agency or the U. S. Justice Department, or BOTH. You must sign and date this Complaint at the end of the form. You should also keep a copy for yourself. For more information about how to file a Complaint, call NCDHHS, Office of General Counsel, **1-800-662-7030 (CARE-LINE).** or **TTY: 1-877-452-2514.** You can also file your complaint verbally, by telling the local or federal agency that you want to file a complaint. If you file this way, please make sure to keep track of the name of the person you spoke with and the date.

North Carolina Department of Health and Human Services,
Complaint Form
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte,
Formulario para Querellas

1. Name of the person filing Complaint
Nombre de la persona presentando la queja

() () ()

2. Home Phone Business Phone Cell Phone
Teléfono de la casa Teléfono del trabajo Teléfono celular

3. Home Address (street #, city, zip code)
Dirección de su casa (# de calle, ciudad, código postal)

4. Are you filing this Complaint for someone else? No ____ Yes ____
(If yes, please give that person's name and phone number)
¿Está presentando esta queja por alguna otra persona? No ____ Sí ____
(Si su respuesta es sí, por favor escriba el nombre de esa persona y el número de teléfono)

5. Who do you think treated you unfairly? (Please state the Person, Agency, or Program)
¿Quién cree usted que le trató injustamente? (Indique por favor la persona, la agencia, o el programa)

6. Address of person/agency/program you believe treated you unfairly: (circle one)
Dirección de la persona/agencia/programa que usted cree le trató injustamente: (circule uno)

300 N. Duke St. 220 E. Main St. 1201 S. Briggs

7. When did the unfair treatment happen? (Give a date if you can)
¿Cuándo fue tratado injustamente? (dé una fecha si puede)

8. Tell what happened and why you believe you were treated unfairly because of not speaking or understanding English well (Attach additional pages as needed).
Diga qué sucedió y por qué usted cree que fue tratado injustamente a causa de que usted no puede entender o hablar bien inglés. (Si necesita más espacio puede agregar más hojas).

North Carolina Department of Health and Human Services,
Complaint Form
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte,
Formulario para Querellas

9. Please list any person(s) (if any) we may contact for more information about what happened.

Díganos por favor cualquier persona(s) que nos pueda(n) dar más información de lo que sucedió.

Name	Address	Phone Number	Cell Phone
Nombre	Dirección	Teléfono	Celular

10. Have you filed this Complaint with any other federal, state or local agency, or state or federal court? No ___ Yes ___ (If yes, please list the agency or court)

¿Ha presentado esta queja ante alguna agencia federal, estatal o local, o corte del estado o federal? No ___ Sí ___ (si contesta sí, por favor díganos la agencia o la corte)

11. How can this Complaint be resolved (how can the problem be corrected)?

¿Cómo puede esta queja ser resuelta (cómo se puede corregir el problema)?

12. Please list anyone else we should contact.

Por favor nombre cualquier otra persona a la cual debemos contactar.

13. Do you need special accommodations for us to communicate with you about this complaint? (Mark all that apply)

Braille Large Print Cassette Tape

Computer Diskette Electronic Mail TDD

Sign Language Interpreter (specify language) _____

Foreign Language Interpreter (specify language) _____

¿Necesita arreglos especiales para hablar con usted acerca de este asunto? (Marque el medio de comunicación que necesita.)

Sistema Braille Letras Impresas Grandes Audio en Casete

Audio Disco Correo Electrónico Sistema para Sordos (TDD)

Intérprete por señas (indique el idioma) _____

Intérprete Oral (indique el idioma) _____

Signature:

Date:

Firma:

Fecha:

North Carolina Department of Health and Human Services,
Complaint Form
Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte,
Formulario para Querellas

**To file this complaint with the local agency, please give it or mail it to:
Para presentar esta queja con la agencia local, entréguela o envíela a:**

Lynn Thomas
Program Manager
PO Box 810 Durham NC 27702-0810

If you wish to file your complaint with a federal agency, please mail your complaint form to the following address:

Si usted desea presentar su queja con una agencia federal, envíela a la siguiente dirección:

Review Section - NYA
Civil Rights Division
U.S. Department of Justice
950 Pennsylvania Avenue, N.W.
Washington, D.C. 20530

(888) 848-5306 (toll free voice and TDD)

(202) 307-2222 (voice)

(202) 307-2678 (TDD)
