

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

INSTRUCCIONES

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

POLÍTICA DEL SEGURO SOCIAL: La política del Seguro Social requiere que manejemos nuestros programas y actividades de tal manera que no exista discriminación basada en: raza, color, origen nacional, religión, sexo, incapacidad, edad o estatus paternal. Ningún oficial, empleado o representante del Seguro Social 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 mostrando alegaciones por discriminación.

CÓMO PRESENTAR UNA QUERELLA POR DISCRIMINACIÓN: Si cree que un empleado del Seguro Social o un juez de derecho administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) actuó con prejuicio o parcialidad en contra de su reclamación por discriminación, podrá presentar una querrela usando este formulario. En vez de usar este formulario, puede escribir una carta con la misma información solicitada en este formulario. Si su carta no contiene toda la información, le enviaremos una copia de este formulario. Investigamos las querellas por discriminación presentadas completas, a tiempo y que están dentro de nuestra jurisdicción.

No presente una querrela por discriminación si ha experimentado **un problema con el servicio al cliente** que no está relacionado con discriminación. En estos casos, comuníquese con el Seguro Social al:
<https://faq.ssa.gov/ics/support/ticketnewwizard.asp?style=classic&type=feedback> (solo disponible en inglés).

QUERELLAS RELACIONADAS CON FALLOS EN RECLAMACIONES DE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS: **No debe presentar una querrela por discriminación si su querrela es referente a una decisión de beneficios con la que no está de acuerdo.** Si desea preguntarle al Seguro Social que reconsidere la decisión en su reclamación sobre alguno de los beneficios bajo los programas administrado por el Seguro Social (tales como los Beneficios de Seguro por Incapacidad [DIB, por sus siglas en inglés], Seguridad de Ingreso Suplementario [SSI, por sus siglas en inglés], los beneficios para niños, los beneficios como cónyuge sobreviviente o los beneficios por jubilación), **deberá seguir los procedimientos y el período de tiempo establecido 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 Seguro Social estaba basada en discriminación, debe afirmarlo en su apelación y proveer los hechos en los que basa su alegación.

IMPORTANTE: Si no está de acuerdo con una acción que el Seguro Social tomó sobre una reclamación de beneficios, las reglas de nuestro programa requieren que apele la acción dentro de un período de tiempo específico. **Presentar una querrela de discriminación usando este formulario** (o una carta que indique la misma información requerida por este formulario) **para quejarse que un empleado de Seguro Social o que un juez de derecho administrativo (ALJ) actuó con discriminación o prejuicio en su reclamación de beneficios en vez de los hechos en su caso, no extenderá el plazo de tiempo límite para presentar una apelación.**

QUERELLAS RELACIONADAS CON ASUNTOS DE EMPLEO EN EL SEGURO SOCIAL: No use este formulario si su querella está relacionada con asuntos de empleo del Seguro Social. En cambio, 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 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: Debe presentar una querella por discriminación dentro de **180 días** de la alegada acción discriminatoria. Si el acto por discriminación ocurrió hace más de 180 días, tendrá que proveer una explicación de por qué esperó para presentar su querella. El Seguro Social exonerará el requisito de los 180 días en casos donde existe una causa justificada para que presentara la querella con retraso. Tenemos el derecho de rechazar querellas tardías sin una causa justificada.

CÓMO PRESENTAR LA QUERELLA POR CORREO O CORREO ELECTRÓNICO: Para presentar una querella por discriminación, usted o alguien que le pueda ayudar o la persona que lo represente, debe llenar este formulario, firmarlo y fecharlo (o una carta declarando la misma información requerida por este formulario). Si su querella por discriminación está incompleta o sin firmar, se la devolveremos para que la corrija, esto retrasaría la consideración de su querella. Guarde una copia de su querella por discriminación completa. Envíe el original por correo a:

Social Security Administration
OCREO - CCM
Attn: Civil Rights Complaints
6401 Security Boulevard
RMB 4600
Baltimore, Maryland 21235

Puede optar mandar su querella por discriminación por correo electrónico como un adjunto a civil.rights.program.complaint.intake@ssa.gov. Por favor tenga en cuenta que esta casilla de correo electrónico no es un método seguro de comunicarse con nosotros. Es posible que la información que incluya en un correo electrónico, incluyendo cualquier adjunto, pueda ser interceptada por otros fuera del Seguro Social y ser usada por terceros para propósitos sin que usted tenga esa intención. Por este motivo, por favor limite la información personal sobre usted y otros cuando envíe querellas por correo electrónico. Por favor solo incluya información mínima que es necesaria para transmitir su querella. No incluya ningún número de Seguro Social con la querella.

PREGUNTAS. Para preguntas o asistencia con el proceso de querellas y los derechos civiles por discriminación, usted o alguien que lo esté ayudando o su representante pueden comunicarse con nosotros por correo postal o por correo electrónico como se describe anteriormente, o puede llamar a nuestro número gratuito al (866) 574-0374.

Formulario de Querella por Discriminación

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

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono diurno

2. Persona que presenta la querella, si es diferente a la persona de la pregunta 1. Escriba su nombre, dirección e información de contacto.

Nombre

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 1:

4. La política de la Administración del Seguro Social prohíbe que los programas administrados por dicha agencia lo discriminen basándose en cualquiera de las siguientes razones: raza, color, origen nacional, religión, sexo, incapacidad, edad o estatus paternal. (Nota aclaratoria: No todos estos motivos 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 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. Por lo general, las querellas deben ser presentadas dentro de 180 días de la alegada discriminación. Si la(s) fecha(s) de la discriminación indicada(s) anteriormente ocurrió u ocurrieron hace más de 180 días, puede solicitar una exoneración del límite de tiempo para presentar una querella. Si desea solicitar una exoneración, por favor explique por qué esperó hasta ahora para presentar su querella.
-
7. Por favor describa la acción que tomó la Administración del Seguro Social, 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 cree haber sido discriminado. Identifique a cualquier persona que alegue que recibió un trato diferente al suyo debido a la discriminación. Dé los nombres de las personas involucradas y describa lo que hicieron. Si la alegada discriminación ocurrió en una de las oficinas de la Administración del Seguro Social, por favor indique dónde está ubicada (calle, ciudad y estado). Si la alegada discriminación ocurrió durante una llamada a la Administración del Seguro Social, indique el número de teléfono al que llamó o de dónde lo llamaron, el nombre de la persona con quien usted habló y la fecha y hora de la llamada. Puede usar hojas de papel adicionales si es necesario. Adjunte cualquier documento escrito que esté relacionado con la querella que cree que nos pueda 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 continuación. Asegúrese de explicar qué acciones se tomaron contra usted y describa qué acciones tomó usted que cree resultaron en 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 de la discriminación o las acciones a las que se refiere esta querrela. Si la persona es un empleado de la Administración del Seguro Social, bastará con escribir el nombre del empleado y el nombre o ubicación de la oficina de la Administración del Seguro Social donde el empleado trabaja.

Nombre	Dirección	Número de teléfono

10. ¿Le escribió o habló 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 ubicación de la oficina (calle, ciudad y estado) o el número de teléfono al que llamó, la(s) fecha(s) en que se comunicó y describa qué sucedió después.

11. ¿Qué quisiera que la Administración del Seguro Social 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. ¿Cuándo se presentó la querrela?

DD/MM/AAAA

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

14. No podemos aceptar una querrela si no ha sido firmada. 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 ayudando o representando a la persona que alega haber sido discriminada (identificada en la pregunta 1), esa otra persona también tiene que firmar y fechar la querella. Si no puede conseguir que la otra persona firme y feche la querella, por favor explique por qué no puede hacer que la otra persona firme la querella y asegúrese de contestar la pregunta 1, así nosotros nos podemos comunicar con la persona.

Firma de la persona que completa este formulario:

Fecha:

El resto de la información en este formulario es opcional. Si no contesta estas preguntas voluntarias, no afectará la decisión del Seguro Social de procesar su querella.

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

Braille Letra grande Disco compacto con documento en Word

Grabación en disco compacto Correo electrónico TDD

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

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

Alguna otra necesidad especial (especifique): _____

Para ayudarnos a prestar un mejor servicio al público, por favor provea la siguiente información acerca de la persona contra quien cree que hubo discriminación (ya sea usted o la persona a nombre de quien usted está presentando la querella).

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 Isleño del Pacífico

Negro o Afroamericano Blanco Otra raza (especifique): _____

Idioma preferido (si no es el inglés):

Ley de Confidencialidad **Recopilación y uso de información personal**

El artículo 702(a) de la *Ley del Seguro Social*, según enmendada, nos autoriza a recopilar esta información. Proporcionarnos esta información es voluntario. Sin embargo, el no proveer la información que pedimos nos puede impedir procesar su querella.

Usaremos la información que nos proporcione para procesar su querella. También es posible que compartamos la información para los siguientes propósitos, llamados usos de rutina:

- A agencias federales, estatales o municipales para propósito de orden público respecto a violaciones de la ley relacionada con los registros en este sistema; y
- A los estudiantes voluntarios y otros trabajadores, que técnicamente no tienen el estatus de empleados federales, cuando están realizando un trabajo para el Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) según lo autorizado por la ley, y necesitan acceso a información de identificación personal en los registros del Seguro Social para realizar las funciones asignadas por la agencia.

También, podemos compartir esta información de acuerdo con la *Ley de Confidencialidad* y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando sea autorizado, podemos usar y divulgar esta información con los programas de cotejo computarizados, en los cuales nuestros registros se comparten con los registros de otras agencias para establecer o verificar el derecho de una persona para los programas de beneficios federales y para el cobro de deudas delincuentes bajo estos programas.

Una lista de usos rutinarios está disponible en nuestro *Privacy Act Systems of Records Notices* (Sistema de registros de avisos de la *Ley de Confidencialidad*, SORN, por sus siglas en inglés) 60-0089, titulado *Claims Folders System* (Sistema de carpetas de reclamaciones), según publicado en el *Federal Register* (Registro Federal, FR, por sus siglas en inglés) el 1 de abril de 2003, en 68 FR 15784, y 60-0320, titulado *Supplemental Security Income Record and Special Veterans Benefits* (Registro de Seguridad de Ingreso Suplementario y Beneficios especiales para veteranos), según publicado en el FR el 1 de enero de 2006, en 71 FR 1830. Puede encontrar más información y un listado completo de todos nuestros SORN en nuestro sitio de internet www.ssa.gov/privacy (solo disponible en inglés).

Declaración de la *Ley de Reducción de Trámites*

La recopilación de esta información cumple con los requisitos estipulados por 44 U.S.C. § 3507, según enmendado por la sección 2 de la *Ley de Reducción de Trámites de 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 (OMB, por sus siglas en inglés). Calculamos que le tomará cerca de **60** minutos leer las instrucciones, recopilar la información necesaria y contestar las preguntas. **Envíe a esta dirección solo comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo que le tomaría en llenar el formulario o cualquier otro aspecto de la recopilación, incluyendo sugerencias para reducir el tiempo de llenarlo a: SSA, 6401 Security Blvd, Baltimore, MD 21235-6401.**