

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

## Instrucciones

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

**POLÍTICA DE 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 o 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 querrela alegando discriminación o por participar de alguna manera en una investigación o algún otro procedimiento suscitando alegaciones de discriminación.

**CÓMO PRESENTAR UNA QUERRELA DE DISCRIMINACIÓN:** Si usted cree que un empleado de SSA o un juez de derecho administrativo (ALJ, por sus siglas en inglés) quien estuvo involucrado en el procesamiento de su reclamación para recibir los beneficios administrados por la Administración del Seguro Social 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 querrela de discriminación en los programas haciendo uso de este formulario. En lugar de usar este formulario, puede escribir una carta indicando la misma información solicitada en este formulario. Si su carta es de falta de información, le enviaremos una copia de este formulario. Investigamos querrelas de discriminación que están completos, oportunos y dentro de nuestra jurisdicción.

No debe presentar una querrela de discriminación si ha experimentado **un problema con servicio al cliente** no relacionado con la discriminación. En estos casos, comuníquese con la SSA en <https://faq.ssa.gov/ics/support/ticketnewwizard.asp?style=classic&type=feedback>.

**QUERELLAS RELACIONADAS CON FALLOS EN RECLAMACIONES DE BENEFICIOS DE LOS PROGRAMAS ADMINISTRADOS POR LA ADMINISTRACIÓN DEL SEGURO SOCIAL:** 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 preguntar 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.

**NOTA ACLARATORIA:** Si no está de acuerdo con una acción que la SSA tomo sobre una reclamación de beneficios, nuestras reglas de programa requieren que apelar a la acción dentro de un período de tiempo específico. **El presentar una querrela de discriminación usando este formulario (o una carta declarando la misma información requerida por este formulario) para quejarse de que un empleado de SSA o el juez de ley administrativo (ALJ) actuó en su reclamación para recibir los beneficios basados en un prejuicio o una discriminación en el lugar de los hechos de su caso no extenderá el plazo de tiempo límite para presentar una apelación.**

**QUERELLAS RELACIONADAS CON ASUNTOS DE EMPLEO EN LA SSA: No use este formulario para presentar su querrela relacionada con asuntos de empleo de la SSA.** Usted 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 usted 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 QUERRELLA:** Este formulario o carta de querrela de discriminación tiene que presentarse dentro de **180 días** de la alegada 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 querrela. SSA prescindirá del requisito de los 180 días en casos donde SSA entienda que existe una causa justificada para que presentara la querrela con retraso. Debemos rechazar querellas tarde sin una causa justificada.

**CÓMO PRESENTAR LA QUERRELLA POR CORREO, EMAIL O FAX:** Para presentar una querrela por discriminación, usted o alguien que le pueda ayudar o la persona que lo representa a usted, debe llenar este formulario, firmarlo y fecharlo (o una carta declarando la misma información requerida por este formulario). Si su querrela de discriminación está incompleta o sin firmar, se la devolveremos para que la corrija, lo que retrasaría la consideración de su querrela. Debe retener una copia de su querrela de discriminación. Envíe la original por correo a la oficina correspondiente de SSA en la página 8. Puede optar mandar su querrela de discriminación por e-mail como un adjunto a [program.complaint.intake@ssa.gov](mailto:program.complaint.intake@ssa.gov). La comunicación por e-mail sin criptografía presenta un riesgo que no autorizado de terceros pudiera interceptar su información personalmente identificable. Alternativamente, puede enviar su querrela por fax al 833-795-0131.

**IDENTIFICACION DE LA OFICINA REGIONALCORRESPONDIENTE.** Si envía su querrela por discriminación, por correo, por favor envíelo a la oficina regional correspondiente al estado donde ocurrió la supuesta discriminación. Si alega que la discriminación ocurrió mientras hacía tramites con el Seguro Social por internet, por correo electrónico o por teléfono con nuestro servicio de apoyo al cliente centralizado, por favor utilicé la oficina regional que cubre la residencia de la persona que alega la discriminación. Envíe el original a la oficina de la Administración del Seguro Social regional que corresponde mencionadas en la página 8.

**PREGUNTAS.** Para preguntas o asistencia con el proceso de querellas y los derechos civiles por discriminación, usted o su representante puede comunicarse con nosotros por correo electrónico o nos puede llamar gratis al (866) 574-0374. También puede enviar una carta a la correspondiente oficina regional del Seguro Social. Envíe el original a la oficina de la Administración del Seguro Social regional que corresponde mencionadas en la página 8.

## Formulario de Querella por Discriminación

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

Nombre			
Dirección			
Ciudad	Estado	Código Postal	
Número de teléfono diurno			
Número de Seguro Social			

2. Persona que presenta la querella, si es diferente a la de pregunta 1. Escriba su nombre, su 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 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 Administración del Seguro Social.) La política de la Administración del Seguro Social 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 describa 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 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 localizada (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. Use hojas de papel adicionales si las necesita. Adjunte cualquier documento escrito que esté relacionado con la querella que 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 querella. Si la persona es un empleado de la Administración del Seguro Social, bastará con escribir el nombre del empleado y el nombre o localización de la oficina de la Administración del Seguro Social donde el empleado trabaja.

Nombre	Dirección	Número de teléfono

10. ¿Le escribió o habló usted 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 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 agente y describa qué sucedió después.

11. ¿Qué quisiera usted que la Administración del Seguro Social haga como resultado de su querella?  
¿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 querella 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 querella.

12B. ¿Cuál es la fecha en que presentó la querella?

\_\_\_\_\_ MM/DD/YYYY

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

**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 de la persona contra quien se alega que se discriminó:	Fecha
--	-------

Si alguien está presentando la querrela a nombre de otra persona, (identificada en la pregunta 1), 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 1, así nosotros nos podremos comunicar la persona.

Firma de persona que completa este formulario	Fecha
---	-------

**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?  
(Haga una marca en todos los que apliquen)

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, favor de suministrar la siguiente información acerca de la persona contra quien usted cree que hubo discrimen (ya sea usted o la persona a nombre de quien usted está presentando la querrela).

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 Insular del Pacífico

Negro o Afro Americano    Blanco    Otra raza (especifique):  
\_\_\_\_\_

Idioma preferido (si no es el inglés) \_\_\_\_\_

## Ley de Confidencialidad Recolección y uso de información personal

Los artículos 205(a), 223(a) y (d), y 1631 de la Ley del Seguro Social, según enmendada, nos permiten recopilar la información de este formulario. Proporcionar esta información es voluntaria. Sin embargo, si no provee toda o parte de la información puede impedirnos tomar una decisión precisa y a tiempo sobre cualquier reclamación presentada o podría resultar en la pérdida de beneficios.

Usaremos la información de este formulario para determinar si tiene derecho a beneficios de Seguro Social. También podemos compartir su información para los siguientes propósitos, llamados usos rutinarios:

- A los contratistas y otras agencias federales, según sea necesario, con el fin de ayudar a la Administración del Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) en la administración eficiente de sus programas; y
- A los estudiantes voluntarios y otros trabajadores, que técnicamente no tienen el estatus de empleados federales, cuando están realizando un trabajo para la SSA según lo autorizado por la ley, y necesitan acceso a información de identificación personal en los registros de la SSA para realizar las funciones asignadas por la agencia.

Además, podemos compartir esta información de acuerdo con la Ley de Privacidad y otras leyes federales. Por ejemplo, cuando esté autorizado, podemos usar y divulgar esta información en los programas de comparación por computadora, en los que nuestros registros se comparan con otros registros para establecer o verificar el tener derecho de una persona para programas de beneficios federales y para el pago de deudas incorrectas o delincuentes bajo estos programas

Una lista de usos rutinarios adicionales está disponible en nuestro Sistema de Registros de Avisos de la Ley de Confidencialidad (SORN, por sus siglas en inglés) 60-0089, titulado Sistema de Registro de Reclamos, tal como se publicó en el Registro Federal (FR por sus siglas en inglés) el 1ro de abril de 2003, a los 68 FR 15784; 60-0103, titulado Registro Suplementario de Ingresos de Seguridad y Beneficios Especiales para Veteranos, publicado en la FR el 1ro de abril de 2006, en 71 FR 1830. Puede encontrar información adicional y una lista completa de todos nuestros SORN en nuestro sitio de internet en [www.ssa.gov/privacy/](http://www.ssa.gov/privacy/) (solo disponible en inglés).

**La Ley de Reducción de Trámites** - La recopilación 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 la estimación de tiempo antes mencionada a: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401. Envíe a esta dirección solo comentarios relacionados con nuestro cálculo de tiempo que le tomaría en llenar el formulario; no envíe el formulario a esta dirección.*

**REGION 1: Connecticut, Maine, Massachusetts,  
New Hampshire, Rhode Island,  
Vermont**

Civil Rights Coordinator  
Office of General Counsel, Region 1  
Social Security Administration  
J.F.K. Federal Building, Room 625  
15 New Sudbury Street  
Boston, MA 02203

**REGION 2: New York, New Jersey, Puerto Rico,  
U.S. Virgin Islands**

Civil Rights Coordinator  
Office of the General Counsel, Region 2  
Church Street Station  
Social Security Administration  
Room 3484  
New York, NY 10008

**REGION 3: Delaware, Maryland, Pennsylvania,  
Virginia, West Virginia,  
the District of Columbia**

Civil Rights Coordinator  
Office of the General Counsel, Region 3  
Social Security Administration  
PO Box 41777  
Philadelphia, PA 19101

**REGION 4: Alabama, Florida, Georgia,  
Kentucky, Mississippi,  
North Carolina, South Carolina,  
Tennessee**

Civil Rights Coordinator  
Office of the General Counsel, Region 4  
Social Security Administration  
Atlanta Federal Center  
61 Forsyth Street  
Suite 20T45  
Atlanta, GA 30303

**REGION 5: Ohio, Michigan, Illinois, Indiana,  
Wisconsin, Minnesota**

Office of the Regional Chief Counsel  
Region 5  
Social Security Administration  
Harold Washington Social Security Center  
600 West Madison Street, 6th Floor  
Chicago, IL 60661-2474

**REGION 6: Arkansas, Louisiana, Oklahoma,  
New Mexico, Texas**

Civil Rights Coordinator  
Office of the General Counsel, Region 6  
Social Security Administration  
1301 Young Street, Suite 350, Mailroom 104  
Dallas, TX 75202

**REGION 7: Iowa, Kansas, Missouri, and Nebraska**

Civil Rights Coordinator  
Office of the General Counsel, Region 7  
Social Security Administration  
PO Box 15621  
Kansas City, MO 64106

**REGION 8: Colorado, Montana, North Dakota, South Dakota,  
Utah, Wyoming**

Civil Rights Coordinator  
Office of the General Counsel, Region 8  
Social Security Administration  
1961 Stout Street, Suite 04-169  
Denver, CO 80294

**REGION 9: Arizona, California, Nevada, Hawaii, Guam,  
American Samoa, Saipan**

Civil Rights Coordinator  
Office of the General Counsel, Region 9  
Social Security Administration  
160 Spear Street, Suite 800  
San Francisco, CA 94105-1545

**REGION 10: Alaska, Idaho, Oregon, and Washington**

Civil Rights Coordinator  
Office of the General Counsel, Region 10  
Social Security Administration  
701 Fifth Avenue  
Suite 2900, M/S 221A  
Seattle, WA 98104-7075