



El Paso Leadership Academy

A Top Performing Tuition Free Public Charter School Organization

Discrimination Complaint Form

Child Nutrition Department

Complainant Information			
First name	Middle Initial	Last Name	
Mailing Address			
Primary Phone Number	Alternate Phone Number	Email	
Best way to reach you:	Mail	Phone	Email Other
Name and Address of person(s) and/or organization(s) you are filing a complaint against:			
First name	Last Name		
Organization Name			
Mailing Address			
Phone	Email		
State on which basis you feel discrimination exists (race, color, national origin, sex, age, or disability)			
☐ Race ☐ Color ☐ National origin ☐ Sex ☐ Age ☐ Disability ☐ Other			
Please describe the incident(s) that occurred that made you feel that you had been discriminated against.			
Date of recent alleged discrimination (mm/dd/yyyy)	Location and/or address of the office where discrimination occurred		
Who do you believe discriminated against you? Include the name(s) of the person(s) involved in the alleged discrimination (if known).			
What happened to you? (Please include dates of each allegation)			
Non-Discrimination Statement: In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, disability, age, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g., Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.			

Complainant Signature: _____ Date: _____ CND Signature: _____ Date: _____



El Paso Leadership Academy

A Top Performing Tuition Free Public Charter School Organization

Formulario de queja por discriminación Departamento de Nutrición Infantil

Información

Primer Nombre	Inicial	Apellido		
Dirección Permanente				
Numero de Telefono	Otro Numero de Telefono	Correo Electronico		
Como podemos comunicar:	Correo	Cell	Email	Otro

Nombre y dirección de la(s) persona(s) y/u organización(es) contra las que presenta una queja:

Primero Nombre	Apellido
Nombre de Organización	
Direccion	
Telefono	Correo Electronico

Indique sobre qué base cree que existe discriminación (raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad)

☐ Raza ☐ Color ☐ Origen Nacional ☐ Sexo ☐ Edad ☐ Discapacidad ☐ Otro

Describa los incidentes ocurridos que le hicieron sentir que había sido discriminado.

Fecha de la reciente presunta discriminación(mm/dd/yyyy)	Ubicación y/o dirección de la oficina donde ocurrió la discriminación
--	---

¿Quién cree que lo discrimina? Incluya el(los) nombre(s) de la(s) persona(s) involucrada(s) en la supuesta discriminación (si se conoce).

¿Lo que le pasó? (Por favor incluya fechas de cada acusación)

Declaración de no discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos sobre raza, color, origen nacional, sexo, discapacidad, edad o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Firma: _____ Fecha: _____ Firma de Directora de Nutrición: _____ Fecha: _____