



HUMAN SERVICES  
DEPARTMENT


Susana Martinez, Governor  
Sidonie Squier, Secretary  
Marilyn Martinez, Acting Director

---

## Manual Revision Memorandum

---

**ISD-MR 14-13**

**TO:** ISD Employees  
**FROM:**  Marilyn Martinez, Acting Director, Income Support Division  
**RE:** Forms Manual Revision for ISD-416 and ISDSP-416 Complaint Form  
**DATE:** September 4, 2014

The ISD-416 and ISDSP-416 Complaint forms have been reformatted to accommodate the address for the United States Department of Agriculture (USDA) contact information.

**Instruction:**

**Replace all previous versions of the forms listed below.**

Delete: ISD-416 Complaint Form Revised 02/15/2012  
ISDSP-416 Forma de Queja Revised 02/15/2012

Replace: ISD-416 Complaint Form Revised 09/03/2014  
ISDSP-416 Forma de Queja Revised 09/03/2014

This form has been posted to the forms drive: \\disfasv025\ISDForms

If you have questions regarding this MR, please contact Kathy A. Blea at (505) 827-7760 or via email at [HSD.QIS@state.nm.us](mailto:HSD.QIS@state.nm.us).



INCOME SUPPORT DIVISION
COMPLAINT FORM

1. INFORMATION ABOUT THE INDIVIDUAL MAKING A COMPLAINT

NAME - Last First Social Security Number (optional)
ADDRESS Case Number
City State Zip Code Telephone Number
Date of Application
PROGRAM [ ] SNAP [ ] Cash Assistance [ ] Medical Assistance [ ] Other

2. INDIVIDUAL, OFFICE, OR ORGANIZATION THE COMPLAINT IS AGAINST

Individual's Name(s) Office or Organization Address or Location County
Supervisor's Name(s), If known Date of Incident

3. BASIS OF COMPLAINT- Check appropriate box(es)

[ ] Rude Treatment
Discrimination on basis of:
[ ] Age [ ] Race [ ] Color [ ] Sex [ ] Disability
[ ] National Origin [ ] Religious Creed [ ] Political Beliefs

4. NATURE OF COMPLAINT- Please describe as clearly as possible what happened, why you believe it happened and how you were treated rudely and/or discriminated against. Please indicate who was involved and if there were any witnesses. Be sure to include how other persons were treated differently from you. Use additional pages if necessary.

[Empty space for describing the nature of the complaint]

4. INVESTIGATION CONSENT- A complaint cannot be accepted if it has not been signed. By signing this form, you authorize the ISD Quality Improvement, Civil Rights Section to review the complaint for investigation.

SIGNATURE DATE

PRINTED NAME OF PERSON COMPLETING FORM (If different from above) TELEPHONE NUMBER

5. COMPLAINT PROCEDURE(S)- You may file your complaint directly with the State or USDA or both. You may also return this form to any ISD office

NM HUMAN SERVICES DEPARTMENT
ISD CIVIL RIGHTS DIRECTOR
PO BOX 2348
SANTA FE, NM 87504-2348
(505) 827-7241
USDA
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Ave, SW, Stop 9410
Washington, D.C. 20250-9410
Fax: (202) 690-7442



## INCOME SUPPORT DIVISION COMPLAINT FORM INSTRUCTIONS

---

**PURPOSE:** The purpose of this form is to assist you in filing a program complaint of rude treatment and/or discrimination. For help filling out the form, you may call any of the telephone numbers listed at the bottom of the complaint form. You may write a letter instead. If you write a letter it must contain all the information requested in the form and be signed by you or your authorized representative. Incomplete information will delay the processing of your complaint.

You may submit your complaint directly to the field office or send to by fax or mail to the address listed on the complaint form. We must have a signed copy of your complaint. Incomplete information or an unsigned form will delay the processing of your complaint.

**FILING DEADLINE:** A program discrimination complaint must be filed no later than 180 days from the date you knew or should have known of the alleged discrimination. Complaints sent by mail are considered filed on the date received. Complaints sent by fax will be considered filed on the day the fax was received.

**POLICY:**

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex and in some cases religion and political beliefs.

The U.S. Department of Agriculture also prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination with USDA, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish or call the State Information/Hotline Numbers (click the link for a listing of hotline numbers by State); found online at [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm). To file a complaint of discrimination regarding a program receiving Federal financial assistance through the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), write: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (800) 537-7697 (ITY).

USDA and HHS are equal opportunity providers and employers. (07/07/14)

The Human Services Department (HSD) Income Support Division (ISD) Quality Improvement Section (QIS) Civil Rights Section will determine if it has jurisdiction to process the complaint on the basis identified and in the programs involved. Reprisal that is based on prior civil rights activity is prohibited.

**CONSENT FOR INVESTIGATION:** The Human Services Department Income Support Division Complaint Form is provided in accordance with the Privacy Act of 1974, 5 U.S.C §552a, and concerns the information requested in this form to which this Notice is attached. The Quality Improvement Section, Civil Rights Section requests this information pursuant to 7 CFR Part 15.

If the completed form is accepted as a complaint case, the information collected during the investigation will be used to process your rude treatment and/or program discrimination complaint. Disclosure is voluntary. However, failure to supply the requested information or to sign the form may result in dismissal of your complaint. If your complaint is dismissed, you will be notified. The information you provide in this complaint may be disclosed to outside parties where QIS determines necessary.

**REPRISAL (RETALIATION) PROHIBITED:** No agency, officer, employee, or agent of the HSD, including persons representing the HSD and its programs, shall intimidate, threaten, harass, coerce, discriminate against, or otherwise retaliate against anyone who has filed a complaint of rude treatment and/or discrimination or who participates in any manner in an investigation or other proceeding raising claims of discrimination.

<b>1. INFORMACIÓN ACERCA DE LA PERSONA QUE HACE LA QUEJA</b>			
NOMBRE - Apellido		Primer Nombre	Número de Seguro Social (opcional)
DIRECCION			Número de Caso
Ciudad	Estado	Código Postal	Número de Teléfono
Fecha de Solicitud			
PROGRAMA <input type="checkbox"/> Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP) <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo <input type="checkbox"/> Asistencia Médica <input type="checkbox"/> Other _____			
<b>2. QUEJA CONTRA INDIVIDUO, OFICINA, O ORGANIZACION</b>			
Nombre de Individuo(s)		Dirección de Oficina u Organización	Condado
Nombre de Supervisor(es)		Fecha del Incidente	
<b>3. BASES DE QUEJA- Seleccione todos los que apliquen</b>			
<input type="checkbox"/> Tratamiento Grosero		Discriminación a Base de: <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Origen Nacional <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Creencias Políticas	
<b>4. NATURALEZA DE LA QUEJA-</b> Favor de describir con la mejor claridad posible lo que paso, porque cree que sucedió, y como fue tratado groseramente y/o discriminado. Indique quien estuvo involucrado y si hubo algún testigo. Asegúrese de incluir como otras personas han sido tratadas diferentes a usted. Use páginas adicionales si es necesario.			
<b>4. CONSENTIMIENTO DE INVESTIGACION-</b> Una queja no puede ser aceptada si no se ha firmado este formulario. Al firmar este formulario, usted autoriza a la Sección de Mejora de la Calidad y Derechos Civiles de ISD revisar la queja para investigación.			
<b>FIRMA</b>			<b>FECHA</b>
<b>NOMBRE DE LA PERSONA QUE LLENO EL FORMULARIO</b> <small>(Solo si es diferente a la persona de arriba)</small>		<b>NUMERO DE TELEFONO</b>	
<b>5. PROCEDIMIENTOS DE QUEJA-</b> Usted puede presentar su queja directamente con el Estado o el USDA o ambos. También puede entregar este formulario a cualquier oficina de ISD.			
<b>NM HUMAN SERVICES DEPARTMENT ISD CIVIL RIGHTS DIRECTOR PO BOX 2348 SANTA FE, NM 87504-2348 (505) 827-7241</b>		<b>USDA Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Ave, SW, Stop 9410 Washington, D.C. 20250-9410 Fax: (202) 690-7442</b>	

**PROPOSITO:** El propósito de este formulario es de ayudarlo a presentar una queja de tratamiento grosero y/o discriminación. Para obtener ayuda para llenar el formulario, puede llamar a cualquiera de los números de teléfono que aparecen en la parte inferior del Formulario de Quejas. Usted puede escribir una carta en lugar de este formulario. Si usted escribe una carta, debe contener toda la información solicitada en este formulario y debe ser firmada por usted o su representante autorizado. Información incompleta retrasará el procesamiento de su queja.

Usted puede presentar su queja directamente a la oficina local o enviar por fax o por correo a la dirección indicada en el formulario de queja. Debemos tener una copia firmada de su denuncia. Información incompleta retrasará el procesamiento de su queja.

**FECHA LÍMITE:** Una queja de discriminación de programas debe ser presentada a más tardar 180 días a partir de la fecha en que usted supo o debería haber sabido de la supuesta discriminación. Las quejas enviadas por correo se consideran presentadas en la fecha recibida. Las quejas enviadas por fax se consideraran presentadas el día que se recibió el fax.

**POLIZA:**

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión y creencias políticas. El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español). Para obtener más información acerca de cuestiones del programa SNAP, las personas deben contactar al número de línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a State Information/Hotline Numbers (dé clic en el enlace para obtener un listado de números de línea directa por estado); lo puede encontrar en internet en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. (07/07/14)

**CONSENTIMIENTO PARA INVESTIGACIÓN:** El Departamento de Servicios Humanos (HSD), División de Apoyo Económico (ISD), Sección de Mejora de la Calidad (QIS) y Sección de Derechos Civiles determinará si tiene jurisdicción para procesar la queja sobre las bases identificadas y en los programas en cuestión.

El Formulario de Quejas del Departamento de Servicios Humanos División de Apoyo Económico, se proporciona de acuerdo con la Ley de Privacidad de 1974 5 U.S.C §552a, y consterna con la informaron solicitada en este formulario al qu ese adjunta el presente Aviso. La Sección de Mejora de la Calidad y la Sección de Derechos Civiles peticiona esta información en conformidad con el 7 CFR Parte 15.

Si el formulario es aceptado como un caso de queja, la información recompilada durante la investigación será utilizada para procesar su queja de tratamiento grosero y/o queja de discriminación. La divulgación es voluntaria. Sin embargo, la falta de suministro de la información solicitada o firmar el formulario puede resultar en el despido de su queja. Si se desestima su queja, se le notificara. La información que proporcione en esta queda puede ser revelada a terceros

**REPRESALIAS (VENGANZAS) SON PROHIBIDAS:** Ninguna agencia, funcionario, empleado o agente de la HSD, incluyendo personas que representen a HSD y sus programas, deberá intimidar, amenazar, acosar, coaccionar, discriminar, o tomar represalias contra cualquier persona que haya presentado una queja de tratamiento grosero o discriminación o que participe de alguna manera en una investigación u otros procedimientos de alegaciones de discriminación.