Completa la mayor cantidad de información en cada sección como sea posible. Si envía el formulario por correo o fax, utilice lapicero con tinta negra o azul.

**Sección 1 – Persona que reporta la queja:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la persona que reporta la queja: | Nombre Apellido | Anónimo [ ]  |
| Teléfono (###) ###-####:  | (   )    -     |
|  Correo Electrónico  |      @       |
| La persona que reporta es:  | Elige una opción  |
| Si eligió 'Otro', explique: |       |

**Sección 2 – Queja**

|  |  |
| --- | --- |
| Fecha de la queja (m/d/a): |   /  /     |
| Hora del incidente: |       |

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Comportamiento descortés o prejudicial | [ ]  Participante no sabe cómo utilizar los beneficios |
| [ ]  Usó malas palabras o gestos groseros | [ ]  Productor le cobro taxes (impuestos) |
| [ ]  amenaza de daño o abuso físico | [ ]  Productor no acepto WIC CVB, FMNP o SFMNP |
| [ ]  Mercado no tenía productos agrícolas | [ ]  Vendedor es un revendedor, no productor |
| [ ]  Discriminación en contra de un participante en base a raza, color, origen de nacionalidad, edad, sexo o discapacidad. |
| [ ]  Otro (por favor describa): Haga clic aquí para ingresar el texto |

**Describa detalladamente el incidente a continuación. Utilice páginas adicionales si es necesario.**

Haga clic aquí para ingresar el texto

**Sección 3 – Persona, mercado o clínica de la que se trata el reclamo**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre | First name Last name |
| Si es participante de WIC, número de identificación: |       | Número de identificación de participante de WIC desconocido [ ]  |
| Nombre del mercado, granja o clínica:  |       |
| Dirección:  | Haga clic aquí para ingresar el texto  |
| Ciudad, Estado, Código Postal: | Ciudad, Estado, Código |
| Teléfono (###) ###-####:  | (   )    -     |

**Sección 4 – Persona que llena el reclamo**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre:  |  Nombre Apellido |
| Fecha (m/d/a): |   /  /     |
| Hora: |       |
| Teléfono (###) ###-####:  | (   )    -     |



DOH 964-001 August 2024

Usted puede llamar para reportar al Programa de Washington WIC. Marque 1-800-841-1410, extensión 2, seleccione 2 para el programa de nutrición del Mercado de productores.

 Envíe el formulario por correo, correo electrónico o fax a:

WIC FMNP Coordinator

Washington WIC Program

PO Box 47886

Olympia, WA 98504-7886

Fax: 360-236-2345 / Email: FMNPteam@doh.wa.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Washington WIC no discrimina.

Para solicitar este documento en otro formato, llame al 1-800-525-0127. Clientes sordos o con problemas de audición, favor de llamar al 711 (servicios de relé de Washington) o envíe un correo electrónico a civil.rights@doh.wa.gov.

