



# Formulario de quejas por discriminación

Si cree que usted (u otra persona) ha sido discriminado(a) debido a su raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, religión, credo, orientación sexual o sexo (incluyendo identidad de género y estereotipo de género) por la agencia de MassHealth, usted puede presentar una queja (también llamada “reclamación”) ante el Coordinador de cumplimiento de la Sección 1557. Usted puede presentar una queja a su nombre o a nombre de otra persona.

Por favor complete la siguiente información y envíe el formulario completado ya sea por correo postal, fax o correo electrónico a las direcciones indicadas a continuación. Observe que, durante nuestros esfuerzos por investigar su queja, podríamos comunicarnos con usted u otras personas o entidades relevantes.

## Por favor escriba en letra de imprenta.

**Nombre** Primer nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

**Dirección postal** Calle \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

**Correo electrónico, si tiene** \_\_\_\_\_ **Número de teléfono** \_\_\_\_\_

**Número de Seguro Social o número de ID de MassHealth** \_\_\_\_\_

**¿Presenta usted esta queja en nombre de otra persona?**  Sí  No

Si contestó “sí”, ¿en nombre de quién? \_\_\_\_\_

### Creo que yo (u otra persona) he(ha) sido discriminado(a) debido a:

Raza/Color/Nacionalidad de origen

Edad

Discapacidad

Religión/Credo

Orientación sexual

Sexo, incluyendo identidad de género y estereotipo de género

Otros (especifique): \_\_\_\_\_

**¿Cuándo cree usted que ocurrió el caso de discriminación? ESCRIBA LA(S) FECHA(S)**

\_\_\_\_\_

**¿Dónde en la agencia de MassHealth cree usted que ocurrió el caso de discriminación?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Describa brevemente lo que sucedió. ¿Cómo y por qué cree que usted (u otra persona) ha sido discriminado(a)?** Por favor sea tan específico como sea posible. Adjunte tantas páginas como sea necesario.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Comprendo que al presentar este formulario estoy presentando una queja por discriminación ante una agencia de MassHealth. Certifico que la información que he brindado en este formulario es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

**¿Necesita usted acomodaciones especiales para que nos comuniquemos con usted sobre esta queja?** De ser así, por favor especifique a continuación:

---

---

---

---

---

---

**Para presentar una queja**, por favor escriba a máquina o en letra de imprenta, firme y envíe el paquete del formulario de quejas completado (incluyendo el formulario de autorización), ya sea por correo postal, fax o correo electrónico al Coordinador de cumplimiento de la Sección 1557 a las siguientes direcciones.

**Por correo postal:** Section 1557 Compliance Coordinator  
1 Ashburton Place, 11th Floor  
Boston, MA 02108

**Por fax:** 617-889-7862

**Por correo electrónico:** [Section1557Coordinator@state.ma.us](mailto:Section1557Coordinator@state.ma.us)

Si usted necesita ayuda para presentar una queja por discriminación, por favor envíe un correo electrónico al Coordinador de cumplimiento de la Sección 1557 a [Section1557Coordinator@state.ma.us](mailto:Section1557Coordinator@state.ma.us) o llame al 617-573-1704 (TTY: 617-573-1696 para personas sordas, con dificultad auditiva o discapacidad del habla) para que podamos asistirlo.

Si usted necesita que otra información de este sitio web sea traducida o provista en formatos alternativos, por favor escribanos un correo electrónico a [Section1557Coordinator@state.ma.us](mailto:Section1557Coordinator@state.ma.us) o llámenos al 617-573-1704 (TTY: 617-573-1696).