

ກົດໝາຍອັກ 504 ກ່ຽວກັບການຮ້ອງທາງຕໍ່ສັງຄົມສັງຄົມ
ສໍາລັບການຈໍາແນກບົນພື້ນຖານການເສຍອົງຄະ ຫຼື
ການຫຼີ້ນເຫຼວບໍ່ອໍານວຍຄວາມສະດວກເຖິງຄວາມຕ້ອງການຂອງຜູ້ເສຍອົງຄະ

(Section 504 Complaint against Social Security for discrimination on the basis of disability or for failure to accommodate disability needs)

ກົດໝາຍຂອງຊາວອະເມຣິກັນທີ່ເປັນຄົນເສຍອົງຄະ ຈະບໍ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບຮັຖບາລາກາງ.¹ ຢ່າງໃດກໍດີ, ຫ້ອງການຕົວແທນຂອງຮັຖບາລາກາງ ລວມທັງສັງຄົມສັງຄົມ ແມ່ນຂຶ້ນກັບກົດໝາຍອັກ 504 ອໍາດ້ວຍກົດໝາຍການຜື້ນຟູປົວແປງສະຊະພາບ, 29 U.S.C. § 794. ກົດໝາຍ ໃນອັກ 504 ໄດ້ລະບຸໄວ້ ອໍາ ຫ້ອງ ການປົກຄອງສັງຄົມສັງຄົມບໍ່ສາມາດຈໍາແນກຕໍ່ປະຊາຊົນຍ້ອນວ່າເຂົາເປັນຄົນພິການ. ກົດໝາຍອັກ 504 ໄດ້ຮຽກຮ້ອງຫ້ອງການປົກຄອງສັງຄົມສັງຄົມໃຫ້ອໍານວຍຄວາມ ສະດວກອັນນິເຫດຜົນ ເພື່ອຕອບສະໜອງຄວາມຕ້ອງການຂອງປະຊາກອນທີ່ສມັກຂໍຜົນປະໂຫຍດ ແລະປະຊາກອນທີ່ໄດ້ລັບຜົນປະໂຫຍດ. ກົດໝາຍອັກ 504 ໄດ້ຮຽກຮ້ອງ ຫ້ອງການປົກຄອງສັງຄົມສັງຄົມ ໃຫ້ປະຊາຊົນທີ່ໄຊ້ລິເຕີນໄປນາແລະຜູ້ຢ່າງໄປນາ ຫຼືຜູ້ທີ່ພິການເສຍຕາແລະເສຍສູນໄດ້ສະດວກ. ກົດໝາຍອັກ 504 ໄດ້ຮຽກຮ້ອງຫ້ອງ ການປົກຄອງສັງຄົມສັງຄົມ ໃຫ້ອໍານວຍຄວາມສະດວກໃຫ້ແກ່ຜູ້ເປັນພິການໂຮລຈິດຫຼືພິການທາງປັນຍາ. ນັ້ນໝາຍຄວາມວ່າປະຊາຊົນຈະ

ຕ້ອງບໍ່ໄດ້ຖືກປະຕິເສດບໍ່ໄດ້ລັບຜົນປະໂຫຍດຍ້ອນສາເຫດຄວາມຫຍຸ້ງຍາກໃນການໄປນາເພື່ອການຂໍໃບສມັກ, ການລາຍງານແລະການທົບທວນ ພິທີການຊຶ່ງກ່ຽວຂ້ອງກັບການເສຍອົງຄະທາງຈິດຫຼືປັນຍາ. ຖ້າຫາກວ່າທ່ານເຊື່ອໝັ້ນວ່າທ່ານໄດ້ລັບການບໍລິການທີ່ບໍ່ຍຸຕິທັນເພາະວ່າທ່ານ ເປັນ ຄົນພິການ, ທ່ານມີສິດທິທີ່ຈະ ຢືນຄໍາ ພ້ອງຮ້ອງອີງຕາມກົດໝາຍ ອໍາດ້ວຍ ສິດທິປະຊາຊົນອັກ 504. ການບໍລິການທີ່ບໍ່ຍຸຕິທັນ ອາດລວມທັງການຫຼີ້ນເຫຼວບໍ່ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອເພີ່ມເຕີມທີ່ທ່ານ ຕ້ອງການເພາະວ່າທ່ານເປັນຄົນເສຍອົງຄະ. ນີ້ເປັນຕົວຢ່າງຂອງການບໍລິການທີ່ບໍ່ຍຸຕິທັນຊຶ່ງອາດຝ່າຝືນຕໍ່ກົດໝາຍອໍາດ້ວຍການຜື້ນຟູປົວແປງສະຊະພາບ ອັກ 504:

- ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການປະກອບຂຽນໃບສມັກຕ່າງໆເພື່ອຂໍຜົນປະໂຫຍດທາງສັງຄົມສັງຄົມ ແຕ່ວ່າທາງພະແນກ ສັງຄົມສັງຄົມບໍ່ໄດ້ ໃຫ້ການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼືບໍ່ຊອກໃຫ້ໃຜຜູ້ນຶ່ງທີ່ສາມາດຊ່ວຍທ່ານໄດ້.
- ໄດ້ນິບັນທຶກຂອງສັງຄົມສັງຄົມເວົ້າວ່າທ່ານຈະຕ້ອງໃຫ້ການບໍລິການແຕ່ ທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອເພື່ອຈະໄດ້ລັບການ ບໍລິ ການນີ້ ແລະທາງ ສັງຄົມສັງຄົມບໍ່ໄດ້ໃຫ້ຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແກ່ທ່ານ.

¹ ຢ່າງໃດກໍດີ, ພະແນກຄຳນວນອາຄາຂອງການເສຍອົງຄະ (Disability Evaluation Division), ຕົວແທນຂອງຮັຖບາລາກາງສັນຍາ ກັບຫ້ອງການ ການປົກຄອງສັງຄົມສັງຄົມ ເພື່ອອາງນະໂຍບາຍເບື້ອງຕົ້ນຂອງການເສຍອົງຄະແລະການທົບທວນອັນໃດເພື່ອເບິ່ງ ກໍ ຣະນີທີ່ຄັດເລືອກແລ້ວ ຖ້າຫາກວ່າ ທ່ານຍັງສືບຕໍ່ນິເງື່ອນໄຂຕາມນາຕະຖານຂອງການເສຍອົງຄະ, ອັນຂຶ້ນກັບກົດໝາຍຂອງ ADA ກົດໝາຍໃນອັກ 504.

- ທ່ານຕ້ອງການນາຍພາສາໃຊ້ສັນຍານິກາເພື່ອການເຂົ້າພົບປະຊຸມຂອງທ່ານກັບພະນັກງານສັອດຕິການສັງຄົມ ແຕ່ວ່າທາງພະແນກບໍ່ໄດ້ ຈັດຫາ ນາຍພາສາ ໃຫ້ທ່ານ.
- ທ່ານບໍ່ສາມາດໄປຫາຫ້ອງການເພື່ອການທົບທວນປະຈຳປີຂອງທ່ານແລະທາງສັອດຕິການສັງຄົມ ບໍ່ໄດ້ມາຫາທ່ານທີ່ບ້ານ ຫຼືບໍ່ນໍາພາ ການທົບທວນ ທາງ ໂທຣະສັບ.
- ທ່ານໄປທີ່ຫ້ອງການເພື່ອຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ ໃນການເຂົ້າໃຈການແຈ້ງການທີ່ທ່ານໄດ້ລັບແຕ່ວ່າທ່ານໄດ້ລັບການບໍລິການທີ່ຫຼາຍຄ່າ ຫຼືຢ່າງບໍ່ມີ ຄວາມ ອິດທິພົນ ເນື່ອເວລາ ທ່ານຮ້ອງຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອ.
- ເນື່ອເວລາທ່ານຢາກຍື່ນຟ້ອງສານແຕ່ວ່າທ່ານບໍ່ສາມາດເຂົ້າໄປໃນຫ້ອງການໄດ້, ພະນັກງານຫ້ອງການສັອດຕິການສັງຄົມລົມໂທຣະສັບບໍ່ໄດ້ ເອົາຊື່ຂອງເຂົາຫຼືຫົນທາງອື່ນເພື່ອຮັບປະກັນວ່າທ່ານໄດ້ໂທຣະເຂົ້າມາ. ອັນນີ້ໝາຍຄວາມວ່າ ທ່ານບໍ່ມີຫົນທາງໃດທີ່ເປັນການຢັ້ງຢືນວ່າທ່ານ ໄດ້ເລີ່ມຕົ້ນພິທີດໍາເນີນການຟ້ອງຮ້ອງຕໍ່ສານ.
- ຫ້ອງການສັອດຕິການສັງຄົມບໍ່ໄດ້ຮັບເອົາມາພິຈາລະນາເຖິງການພິການອັນຈໍາກັດຂອງທ່ານເນື່ອເວລາພິການຕັດສິນວ່າຈະເປັນຄວາມພິດຫຼືບໍ່ ກໍ ຕາມໃນສາຍເຫດທີ່ພາໃຫ້ມີການຈ່າຍເງິນແລະທັງໆທີ່ການຈ່າຍເງິນນັ້ນໄດ້ຖືກຍົກເວັ້ນ.
- ມັນເປັນສິ່ງທີ່ຫຼຽຍາກສໍາລັບທ່ານທີ່ຈະສະແດງອາການຂອງຕົນອອກມາຫຼືການປາກເວົ້າຂອງທ່ານມີຄວາມຫຼຽຍາກທີ່ຈະເຂົ້າໃຈໄດ້ ແຕ່ວ່າ ທາງຫ້ອງການສັອດຕິການສັງຄົມ ບໍ່ໄດ້ໃຊ້ເວລາທໍາຄວາມເຂົ້າໃຈສິ່ງທີ່ທ່ານພະຍາຍາມຢາກຈະເວົ້າອອກມາ.
- ຫ້ອງການສັອດຕິການສັງຄົມຮູ້ຈັກວ່າທ່ານມີຄວາມຫຼຽຍາກ ໃນການເຂົ້າໃຈສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການຈະເຮັດ ຫຼືເພື່ອລາຍງານການປ່ຽນແປງໃນ ລາຍໄດ້ຂອງທ່ານ, ແຕ່ວ່າບໍ່ຊ່ວຍເຫຼືອທ່ານຕອບສນອງກັບຄວາມຮຽກຮອງຕ້ອງການຂອງການລາຍງານນັ້ນ.
- ທ່ານບໍ່ໄດ້ມາສະແດງຕົວອອກຢ່າງບໍ່ອນນັດພົບກັບຫ້ອງການສັອດຕິການສັງຄົມ ແລະຫ້ອງການສັອດຕິການສັງຄົມໄດ້ປິດການຊ່ວຍເຫຼືອຂອງ ທ່ານລົງຍ້ອນວ່າທ່ານບໍ່ໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມືທັງໆທີ່ວ່າຫ້ອງການສັອດຕິການສັງຄົມຮູ້ວ່າທ່ານເສັງອົງຄະ ຊຶ່ງອາດມີອິດທິພົນກິດກັ້ນຄວາມສາມາດ ຂອງທ່ານ ໃນການຮ່ວມມື. ໃນກໍຣະນີເຊັ່ນນີ້ຫ້ອງການສັອດຕິການສັງຄົມຈະໄດ້ຖືກບັງຄັບໃຫ້ສືບສອນເພື່ອຮັບປະກັນວ່າການຫຼິ້ນເຫຼວບໍ່ ຮ່ວມມືຂອງທ່ານ ແມ່ນມີເຫດຜົນອື່ນຊຶ່ງບໍ່ແມ່ນຍ້ອນການເສັງອົງຄະ.

ຈະຂຽນປະກອບຄໍາຮ້ອງຟ້ອງຮ້ອງໄດ້ຢ່າງໃດ:

ຖ້າຫາກວ່າທ່ານບໍ່ມີທີ່ຢູ່ທີ່ເຊື່ອຖືຫຼືບໍ່ແມ່ນອນ, ທ່ານອາດຈະຕ້ອງໃຊ້ທີ່ຢູ່ຂອງໃຜຜູ່ນຶ່ງ. ຫຼັງຈາກທີ່ຢູ່ ໃຫ້ຂຽນວ່າ "c/o" ຫຼື "in care of" ແລະຫຼັງ ຈາກນັ້ນ ແມ່ນ ຊື່ແລະທີ່ຢູ່ ຂອງຄົນທີ່ເປັນໃຜຜູ່ນັ້ນ.

ກ່ຽວກັບຄຳຖາມເຮືອງເສັຽອົງຄະ, ທ່ານສາມາດພິສູດຫຼັກຖານເຖິງຊະນິດຂອງການເປັນພິການ ຫຼືອ່າ
ການເສັຽອົງຄະໄດ້ກະທົບເທືອນ ຕໍ່ທ່ານ ຢ່າງ ໃດຫຼືທັງສອງຢ່າງ. ຍົກຕົວຢ່າງວ່າ, ທ່ານສາມາດຂຽນລົງວ່າ
"ການເສັຽອົງຄະທາງດ້ານຈິຕະສາດ" ຫຼື "ການເສັຽອົງຄະທາງດ້ານຈິຕະສາດ ທີ່ເຮັດໃຫ້ມີຄວາມຫຼຽງຍາກທີ່ຈະຢູ່ຕ
ນບ່ອນຄືທ່ານຖ້າທີ່ມີຜູ້ຄົນຫຼາຍ." ຫຼືທ່ານສາມາດຂຽນລົງວ່າ "ເຈັບປວດອະວັຍະຍະສາຍດູກສັນຫຼັງ" ຫຼື "ການໃຊ
ລິ້ນຮູ້ຄົນພິການ".

ກ່ຽວກັບຄຳຖາມທີ່ວ່າ, "ເມື່ອເວລາໃດທີ່ມີການຈຳແນກໄດ້ເກີດຂຶ້ນ," "ຕາມປົກກະຕິນັ້ນແມ່ນອັນທີ່ (ເດືອນແລະປີ)
ທີ່ທ່ານໄດ້ລັບການ ບໍລິການທີ່ບໍ່ຍຸຕິທັນ. ຢ່າງນ້ອຍໄດ້ມີເຫດຜົນໃນການຍື່ນຄຳຮ້ອງຟ້ອງຊັກຊ້າ,
ຫ້ອງການສອດຕິການສັງຄົມຈະບໍ່ສືບສອນຄຳຮ້ອງຟ້ອງທີ່ນ້ອຍເກົ່າກວ່າຫົກເດືອນ.

ກ່ຽວກັບຄຳຖາມທີ່ວ່າ, "ໄດ້ມີຫຍັງເກີດຂຶ້ນ?" ອະທິບາຍວ່າເປັນຫຍັງທ່ານຈຶ່ງເຊື່ອແນ່ວ່າທ່ານໄດ້ລັບການບໍລິການ
ທີ່ບໍ່ຍຸຕິທັນຍ້ອນສາເຫດ ຂອງ ການເສັຽອົງຄະ. ການຈຳແນກອາດມີຂຶ້ນຍ້ອນສາເຫດຂອງການເສັຽອົງຄະສະເພ
າະບາງຢ່າງຂອງທ່ານ. ຫຼືການຈຳແນກອາດມີຂຶ້ນຍ້ອນ ວ່າທາງຫ້ອງການສອດຕິການສັງຄົມ ຮັກກວ່າທ່ານຕ້ອງການ
ການຊ່ວຍເຫຼືອພິເສດເພາະວ່າທ່ານເປັນຄົນເສັຽອົງຄະ ແຕ່ຖືກປະຕິເສດບໍ່ໃຫ້ ແກ່ທ່ານ. ທ່ານບໍ່ໄດ້ຖືກຈຳກັດໂດຍຊ່ອ
ງຫວ່າງພາຍໄຕ້ຄຳວ່າ "ໄດ້ມີຫຍັງເກີດຂຶ້ນ?" ທ່ານສາມາດຕິດຄັດສຳນວນເອກະສານໜ້າອື່ນໆອີກ.

ຄວາມສຳຄັນ: ກົດໝາຍອັກ ຂຸ ລະບົວວ່າການຟ້ອງຮ້ອງແມ່ນເປັນການເພີ່ມເຕີມຂອງການຍື່ນຟ້ອງຂຶ້ນສ
ານທົ່ວໄປ ຫຼືເປັນການຂໍຮ້ອງ ເພື່ອໂດຍິກເອີ້ນ. ນີ້ເປັນສິ່ງສຳຄັນທີ່ທ່ານຍື່ນຄຳຟ້ອງຮ້ອງເພື່ອຂໍການພິຈາະນາເທື່ອ
ໃໝ່ ຫຼືເພື່ອຂໍຟັງຄວາມເປັນທັນພາຍໃນ 60 ອັນໃນ ເມື່ອໄດ້ລັບໃບແຈ້ງການແລ້ວ.

ໃຫ້ສິ່ງໃບຄຳຟ້ອງຮ້ອງວ່າດ້ວຍກົດໝາຍອັກ ຂຸ ໄປຫາ ອົງການໃຫ້ການປຶກສາປະຈຳເຂດແຄ້ວນ
ຫ້ອງການປຶກສາສອດຕິ ການສັງຄົມ Social Security Administration—Office of the General
Counsel Room, 617 Altmeyer Bldg., 6401 Security Boulevard, Baltimore, MD
21235-0001. ເກັບຮັກສານັ້ນສຳເນົາພິມໃບຄຳຟ້ອງຮ້ອງ ແລະໃຫ້ຂຽນອັນທີ່ທ່ານສົ່ງຄຳຮ້ອງ ທາງໄປ
ສະນີລົງໃສ່ໃນ ໃບຄຳຮ້ອງນັ້ນ. ທ່ານຈະຕ້ອງຕິດຕາມເບິ່ງວ່າທ່ານບໍ່ໄດ້ລັບອັນ ໃດນຶ່ງມາທາງໄປສະນີຈາກຫ້ອງກ
ານສອດຕິການ ສັງຄົມ ພາຍໃນ ສີ່ ຫາ ຫົກອາທິດ. ເລກໂທຣະສັບສຳລັບຫ້ອງການທີ່ຮັບຜິດຊອບການຟ້ອ
ງຮ້ອງຕາມກົດໝາຍອັກ 504 ແມ່ນເລກ ຍ(415) 437-8053. ອະທິບາຍວ່າທ່ານໄດ້ຍື່ນຄຳຟ້ອງຮ້ອງຕາມກົດໝ
າຍອັກ 504 ວ່າດ້ວຍສິທິພິລະເນືອງ ເພື່ອຟ້ອງຕໍ່ຫ້ອງການສອດຕິການສັງຄົມ ເພື່ອວ່າທ່ານ ຈະໄດ້ຖືກແນະນຳໄປຫ
າບຸກຄົນທີ່ຖືກຕ້ອງ.

ໂທຣະສັບຫາບໍລິສັດ ການປ້ອງກັນ ໕ ໃຫ້ຄຳປຶກສາທາງກົດໝາຍ
Protection & Advocacy ເລກໂທຣ 1-800-776-5746
ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບສອດຕິການສັງຄົມ ແລະສິທິທາງກົດໝາຍຂອງທ່ານໃນອັກ 504.

SOCIAL SECURITY

Office of the General Counsel

You may use the attached discrimination complaint form or a letter to file a Civil Rights complaint with the Office of the General Counsel for Social Security. If you file a complaint by letter, it must include the same information requested in the form.

Complaints of discrimination usually must be filed within 180 days of the alleged discrimination. If you have waited longer than 180 days, you must explain why. OGC will waive the 180 day requirement in cases where OGC determines there was good cause (extenuating circumstances) for late filing.

Anyone who believes he or she or a class of people have been discriminated against by the Social Security Administration (SSA) may file a complaint, or may have a representative file such a complaint. To file a complaint, please mail a completed and signed discrimination complaint and a signed consent and release to:

Social Security Administration
Office of the General Counsel
Office of General Law
Suite No. 56, P.O. Box 26430
Baltimore, MD 21207

You may also call (410) 965-3166. If you have any questions or wish to discuss this matter, you may also write to us at the above address or call the above number. We will ensure that the individual's or group's civil rights are preserved and work to correct any problems we find within SSA.

General Counsel
of Social Security

Enclosures:
Discrimination Complaint Form
Consent and Release Supplemental Form

PAPERWORK REDUCTION ACT

This information collection meets the requirements of 44 U.S.C. & 3507, as amended by section 2 of the Paperwork Reduction Act of 1995. You do not need to answer these questions unless we display a valid Office of Management and Budget control number. We estimate that it will take about an hour to read the instructions, gather the facts, and answer the questions. **SEND OR BRING THE COMPLETED FORM TO YOUR LOCAL SOCIAL SECURITY OFFICE. To find the nearest office, call 1-800-772-1213.** Send only comments on our time estimate above to: SSA, 6401 Security Blvd., Baltimore, MD 21235-6401.

USES OF PERSONAL INFORMATION FOR INVESTIGATIONS

The information collection is authorized by 5 U.S.C. § 301; 29 U.S.C. §791 et. seq.; 42 U.S.C. §§902(a)(5), 1305 note. Those statutes require the agency not to discriminate on the basis of disability and authorize the Commissioner establish policies to prohibit Social Security Administration and SSA employees from discriminating based upon race, color national origin, sex, age, religion, or retaliation in any program or activity conducted by SSA,

There are two federal laws governing personal information given to all Federal agencies, including the Office of the General Counsel (OGC):

- The Privacy Act of 1974, (U.S.C. Sec. 522a); and
- The Freedom of Information Act, (5 U.S.C. Sec. 522).

The Privacy Act protects individuals from misuse of personal information held by the Federal government. The law applies to records that are kept and that can be located by the name, social security number, or other personal identification system.

OGC will use personal information for authorized civil rights activities and other Privacy Act routine uses. Generally, OGC will not release information unless the person who supplied the information submits a written consent, or unless release is required under the Freedom of Information Act or other Federal statute or regulation. However, OGC can refer complaints to other Federal agencies, such as the Department of Justice, the Department of Labor and the Equal Employment Opportunity Commission, without the person's prior consent. This authority is provided under the "routine use" exception of the Privacy Act.

OGC may give/release information to other government agencies, such as the Department of Justice, when an SSA component has violated civil rights laws or regulations.

OGC cannot require a person to give personal information, and OGC will not impose sanctions on a person who refuses to provide personal information. **However, if, as a result of this refusal, OGC cannot investigate the allegations of discrimination, OGC may close the investigation.**

The Freedom of Information Act (FOIA) gives the public the right of access to files and records of the Federal government. With some exceptions, SSA must honor FOIA requests, though our policy is to do so without releasing a person's name or other personal information (as opposed to identification). SSA is generally not required to release documents if the release would interfere with SSA's ability to complete its work; as, for example, during an investigation or enforcement proceeding. Also any Federal agency may refuse a request for files or records if the release would be an unnecessary invasion of an individual's privacy.

Social Security Administration Discrimination Complaint

Person Allegedly Discriminated Against

Name _____
(First) (MI) (Last)

Social Security Number _____ — _____

Address (include City, State, Zip Code)

Daytime phone number where you can be reached (____) _____

1.a. Which of the following best describes the basis for the discrimination? *(You may check more than one reason.)*

_____ DISABILITY

_____ RACE

_____ COLOR

_____ NATIONAL ORIGIN

_____ AGE

_____ SEX

_____ RELIGION

_____ RETALIATION

1.b. For each reason you checked above, please specify the particular disability, race, sex, etc.

2. Describe the act(s) of discrimination. *(Clearly explain what happened and why. Be sure to include how other persons were treated differently from you or the person discriminated against. You may use extra paper if necessary.)*

3. If you believe there was retaliation against you for filing or participating in a prior discrimination complaint, please explain the basis for the retaliation below.

4.a. When did the current alleged discrimination take place?

Earliest Date

Most Recent Date

Month/Day/Year

Month/Day/Year

4.b. Have you waited more than 180 days since the most recent date of the alleged discrimination to file this complaint? If so, please explain why. *(You may use additional paper if necessary.)*

5.a. Have you filed a complaint about the same incident(s) with the Office of the General Counsel (OGC) before?

Yes _____ No _____

5.b. If yes, when: _____
Month/Day/Year

5.c. What is the status of that prior complaint?

6.a. Have you filed a complaint about any prior incident with OGC before?

_____ Yes _____ No

6.b. If yes, when: _____
Month/Day/Year

6.c. What is the status of that prior complaint?

7. Please list the names, addresses and phone numbers of any witnesses to the alleged incident(s), including Social Security employees:

Name	Address	Phone Number
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

8.a. Have you tried to resolve this complaint with the Social Security office where the alleged discrimination took place?

_____ Yes _____ No

8.b. If not, why not?

8.c. If yes, what happened?

8.d. Name and title of the manager/supervisor who handled the complaint:

Name _____

Title _____

9.a. Have you made a complaint about this anywhere else?

_____ Yes _____ No

9.b. If yes, name of organization.

10. Are you filing this complaint because your benefits were ceased?

11. Identify Person Filing the Complaint: *(Complete if not provided previously)*

Name _____

Address _____

Daytime phone number where you can be reached (_____) _____

12. Dated Signature of Person Filing the Complaint: *(Please sign and date the complaint below. We **cannot** accept a complaint for investigation if it has not been signed.)*

Signature _____

Date _____
Month/Day/Year

Social Security Administration

Discrimination Complaint - Consent and Release

Please complete and sign this consent and release and return the consent and release to the address on the cover page.

I have read the notice about the need for and uses of personal information to investigate this discrimination complaint.

Consent: (check one)

I authorize OGC to reveal my identity to conduct the investigation of my complaint.

I do not authorize OGC to reveal my identity to conduct the investigation of my complaint.

Release: (check one)

I authorize the release of material and information about me to OGC to conduct the investigation of my complaint. (If you want OGC to restrict the release of this information in any way, please explain below in the comment section.) I further understand that OGC may also disclose this information as required by other Federal statutes, regulations and Privacy Act routine uses.

I do not authorize the release of material and information about me to OGC to conduct the investigation of my complaint. (If you want OGC to restrict the release of this information in any way, please explain below in the comment section.) I further understand that OGC may also disclose this information as required by other Federal statutes, regulations and Privacy Act routine uses.

Comments:

Signature: _____

Date: _____

(Please keep a copy of this for your records.)