

COMPLAINT FORM

Form 1.2.7. (05.2019)

State of California

California Department of Food and Agriculture

Office of Grants Administration



SFMNP COMPLAINT FORM

Type of Complaint: *(Please check the appropriate box)*

Participant Farmer/Vendor Market Manager AAA Staff Anonymous

Date: _____ First and Last Name: _____

Phone Number: (____) _____ Email: _____

Mailing Address: _____

City: _____ State: _____ Zip Code: _____

Complaint: *(Please describe the complaint. Use additional sheets of paper if needed.)*

Resolution: *(What is your desired outcome of this complaint?)*

I hereby certify that the above Statements are true and correct to the best of my knowledge:

Person Filing Complaint:

Date

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

mail: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410. fax: (202) 690-7442; or email: program.intake@usda.gov.

This institution is an equal opportunity provider.

EMAIL FORM TO grants@cdfa.ca.gov WITHIN FIFTEEN (15) DAYS OF COMPLAINT

COMPLAINT FORM

Form 1.2.7. (05.2019)

State of California

California Department of Food and Agriculture

Office of Grants Administration



Formulario de queja SFMNP

Tipo de queja: *(Marque la casilla correspondiente)*

Participante Granjero/Proveedor Administrador de Mercado

Personal de AAA Anónima

Fecha: _____ Nombre y apellido: _____

Número de teléfono: (____) _____ Correo electrónico: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Queja: *(Describa la queja. Use hojas adicionales si necesita).*

Resolución: *(¿Cuál es el resultado deseado de su queja?)*

Por el presente certifico que las declaraciones anteriores son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender:

Demandante

Fecha

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:
correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410; fax: (202) 690-7442; o correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

ENVÍE EL FORMULARIO POR CORREO EELCTRÓNICO A grants@cdfa.ca.gov DENTRO DE LOS QUINCE (15) DÍAS DE PRESENTADA LA QUEJA