

**Reklamong Seksiyon 504 laban sa Seguridad Sosyal  
para sa diskriminasyon batay sa disabilidad o kabiguang  
tumulong para sa mga pangangailangang ukol sa disabilidad**

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

Ang Batas Ukol sa mga Amerikanong may mga Disabilidad ay hindi sumasakop sa pederal na pamahalaan.<sup>1</sup> Gayunman, ang mga pederal na ahensiya kabilang ang Seguridad Sosyal (Social Security) ay napapailalim sa seksiyon 504 ng Batas sa Rehabilitasyon, 29 U.S.C. § 794. Ang Seksiyon 504 ay nagsasabi na ang Administrasyon ng Seguridad Sosyal (Social Security Administration) ay hindi makakapagdiskrimina laban sa mga tao dahil sa kanilang mga disabilidad. Ang Seksiyon 504 ay nag-aatas sa Administrasyon ng Seguridad Sosyal na magbigay ng mga makatwirang tulong para sa mga pangangailangang ukol sa disabilidad ng mga taong nag-aaplay para sa mga benepisyong at mga taong tumatanggap ng mga benepisyong. Ang Seksiyon 504 ay nag-aatas sa Seguridad Sosyal na gumawa ng paraan upang madaling mapakinabangan ng mga taong gumagamit ng mga silyang de gulong at alalay sa paglalakad o mga taong bulag o bingi. Ang Seksiyon 504 ay nag-aatas rin sa Seguridad Sosyal na gumawa ng paraan upang madaling mapakinabangan ng mga taong may mga disabilidad sa isipan o pang-unawa. Ito ay nangangahulugan na ang mga tao ay hindi dapat pagkaitan ng mga benepisyong dahil nahihirapan silang mag-aaplay, mag-ulat at magrepaso ng mga pamamaraan dahil sa mga disabilidad sa isipan o pang-unawa.

Kung ikaw ay naniniwala na dumanas ka ng hindi makatarungang pagtrato dahil sa iyong disabilidad, may karapatan kang magsampa ng Reklamong Seksiyon 504 Ukol sa mga Karapatang Sibil. Ang hindi makatarungang pagtrato ay maaaring kabilang ang hindi pagbibigay sa iyo ng karagdagang tulong na kailangan mo dahil sa iyong disabilidad. Narito ang mga halimbawa ng hindi makatarungang pagtrato na maaaring lumalabag sa Seksiyon 504 ng Batas sa Rehabilitasyon:

- Kailangan mo ng tulong sa pagsagot sa mga papeles para sa Seguridad Sosyal pero ang Seguridad Sosyal ay hindi tumulong sa iyo o hindi humanap ng taong makatulong sa iyo.
- May mga rekord na sinasabi ng Seguridad Sosyal na kailangan mong ipagkaloob pero kailangan mo ng tulong upang makuha ang mga ito at ang Seguridad Sosyal ay hindi tumulong sa iyo.
- Kailangan mo ng tagasalin ng wikang senyas para sa iyong pulong sa Seguridad Sosyal pero ang Seguridad Sosyal ay hindi nagkaloob ng tagasalin.
- Hindi ka makapunta sa opisina para sa iyong taunang pagrepaso at ang Seguridad Sosyal ay ayaw pumunta sa iyong bahay o magsagawa ng taunang pagrepaso sa pamamagitan ng telepono.

---

<sup>1</sup> Gayunman, ang Dibisyon sa Pagsusuri ng Disabilidad, ang ahensiya ng estado na nakikipagkontrata sa Administrasyon ng Seguridad Sosyal upang gumawa ng unang pagpapasiya ukol sa disabilidad at nagrepaso ng mga piling kaso upang makita kung patuloy kang nakakatugon sa pamantayan ng disabilidad, ay napapailalim pareho sa ADA at Seksiyon 504.

- Pumunta ka sa opisina para humingi ng tulong na maintindihan ang paunawang natanggap mo pero dumanas ka ng walang-galang at mainiping pagtrato nang humingi ng tulong.
- Kapag gusto mong umapela pero hindi ka makapunta sa opisina, ang tao sa telepono ng Seguridad Sosyal ay hindi ibinigay sa iyo ang kanyang pangalan o ibang paraan upang patunayan na tumawag ka. Ito ay nangangahulugan na dahil hindi ka makapunta sa opisina ng Seguridad Sosyal, wala kang ibang paraan upang patunayan na sinimulan ang proseso ng apela.
- Ang Seguridad Sosyal ay hindi isinaalang-alang ang iyong mga disabilidad nang magpasiya kung ikaw ay may kasalanan o wala sa pagkakaroon ng sobrang pagbabayad at kung ang sobrang pagbabayad ay maaaring talikdan.
- Mahirap para sa iyo na sabihin ang gustong sabihin o ang iyong pagsasalita ay mahirap maintindihan pero ang Seguridad Sosyal ay hindi nag-ukol ng oras upang unawain ang sinisikap mong sabihin.
- Alam ng Seguridad Sosyal na nahihirapan kang intindihin ang kailangan mong gawin upang iulat ang mga pagbabago sa iyong kinita, pero hindi ito tumulong sa iyo na matugunan ang mga kinakailangan sa pag-uulat.
- Hindi ka nakarating sa pulong sa Seguridad Sosyal at pinutol ng Seguridad Sosyal ang iyong mga benepisyo dahil sa hindi pakikipagtulungan kahit alam ng Seguridad Sosyal na nagtataglay ka ng disabilidad na maaaring makahadlang sa iyong kakayahan na makipagtulungan. Sa ganitong kaso ang Seguridad Sosyal ay may obligasyong mag-imbistiga upang tiyakin na ang hindi mo pakikipagtulungan ay bunga ng dahilang iba sa iyong disabilidad.

## **Paano sasagutan ang pormularyo (form) ng reklamo:**

Kung wala kang pirmihang address, dapat mong gamitin ang address ng ibang tao. Pagkatapos ng address isulat ang “c/o” o “in care of” at saka ang pangalan at address ng ibang tao.

Sa tanong tungkol sa disabilidad, maaari mong tukuyin ang uri ng disabilidad o kung paano nakakaapekto sa iyo ang disabilidad o pareho. Halimbawa, maaari mong isulat ang “disabilidad na pangkaisipan” o “disabilidad na pangkaisipan na ginagawang mahirap para sa iyo na tumigil sa isang silid na hintayan na maraming ibang mga tao.” O maaari mong isulat ang “pinsala sa gulugod” o “gumagamit ng silyang de gulong.”

Sa tanong na, “kailan nangyari ang diskriminasyon,” karaniwang ang kailangan ay ang petsa (buwan at taon) nang dumanas ka ng hindi makatarungang pagtrato. Maliban kung may magandang dahilan sa nahuling pagsasampa ng reklamo, ang Seguridad Sosyal ay hindi mag-iimbistiga ng reklamo na lumampas na ng anim na buwan.

Sa tanong na, “ano ang nangyari?” ipaliwanag kung bakit naniniwala ka na dumanas ka ng hindi makatarungang pagtrato dahil sa iyong disabilidad. Ang diskriminasyon ay maaaring dahil sa iyong partikular na disabilidad. O ang diskriminasyon ay maaaring dahil alam ng Seguridad Sosyal na kailangan mo ng tulong dahil sa iyong disabilidad pero tumangging ibigay ito sa iyo. Hindi ka nililimitahan ng espasyo sa ilalim ng “ano ang nangyari?” Makakapaglakip ka ng ibang mga pahina.

*Mahalaga:* Ang reklamong Seksiyon 504 ay bilang karagdagan sa mga pangkaraniwang apela o kahilingan para sa pagtalikdan (waiver). Mahalagang magharap ka ng kahilingan para sa muling pagsasaalang-alang o para sa pagdinig sa loob ng 60 araw pagkaraang matanggap ang paunawa.

Ipadala ang reklamong Seksiyon 504 sa Social Security Administration — Office of the General Counsel Room, 617 Altmeyer Bldg., 6401 Security Boulevard, Baltimore, MD 21235-0001. Mag-ingat ng kopya ng iyong Reklamo at isulat sa iyong kopya ang petsa nang inilagay mo ito sa koreo. Dapat kang magtanong kapag wala kang natanggap sa koreo mula sa Seguridad Sosyal sa loob ng apat hanggang anim na linggo. Ang numero ng telepono para sa opisinang humahawak ng reklamong Seksiyon 504 ay (415) 437-8053. Ipaliwanag na nagharap ka ng reklamong Seksiyon 504 ukol sa mga karapatang sibil laban sa Seguridad Sosyal para papuntahin ka sa tamang tao.

Tawagan ang Protection & Advocacy sa 1-800-776-5746  
kung may mga tanong ka tungkol sa Seguridad Sosyal  
at sa iyong mga karapatang nauukol sa Seksiyon 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.)