# COMPLAINT OF DISCRIMINATORY TREATMENT
# QUEJA DE TRATO DISCRIMINATORIO

**TO:** Department of Public Social Services
Civil Rights and Language Services Section
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, California 91746

**CASE NAME**

**CASE NUMBER**

**Yo, _____, por el presente someto esta queja de trato discriminatorio y pido que se haga una investigación.**
**(Favor de escribir su nombre en letra de molde)**

**Yo creo que me han discriminado debido a mi:**

RAZA ☐ NACIONALIDAD ☐ RELIGION ☐ SEXO ☐ COLOR ☐
AFILIACION POLITICA ☐ ESTADO CIVIL ☐ EDAD ☐ INCAPACIDAD ☐

**NOMBRE(S) Y TITULO(S) DE LA(S) PERSONA(S) QUIEN(ES) YO CREO QUE ME HAN DISCRIMINADO:**

_____
_____
_____

**LA ACCION, DECISION O CONDICION QUE CAUSO QUE YO PRESENTARA ESTA QUEJA ES LA SIGUIENTE:**

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

**YO QUISIERA QUE SE TOMASE LA SIGUIENTE ACCION CORRECTIVA:**

_____
_____
_____
_____
_____

_____ **DIRECCION:** _____
**(FIRMA)** **(FECHA)** _____
**TELEFONO:** _____