

**QUEIXA SOBRE DISCRIMINAÇÃO**

Nome	Tipo de programa
Endereço	Número do caso
Cidade, Estado, Código Postal	Telefone

Acredito que sofri discriminação com base no seguinte:

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nacionalidade  | <input type="checkbox"/> Sexo                 | <input type="checkbox"/> Problema de saúde                     |
| <input type="checkbox"/> Cor            | <input type="checkbox"/> Identidade de gênero | <input type="checkbox"/> Informações genéticas                 |
| <input type="checkbox"/> Raça           | <input type="checkbox"/> Expressão de gênero  | <input type="checkbox"/> Religião                              |
| <input type="checkbox"/> Ancestralidade | <input type="checkbox"/> Orientação sexual    | <input type="checkbox"/> Afiliação política                    |
| <input type="checkbox"/> Grupo étnico   | <input type="checkbox"/> Estado civil         | <input type="checkbox"/> Necessidade especial                  |
| <input type="checkbox"/> Idade          | <input type="checkbox"/> União estável        | <input type="checkbox"/> Qualquer outro motivo aplicável _____ |

Nome da pessoa que discriminou alguém	Cargo	Data da ocorrência	Local da ocorrência e agência

Descreva, em suas próprias palavras, quais medidas fizeram com que você acreditasse que está sofrendo discriminação.

Indique a resolução que está buscando.

Compreendo que as informações acima estão corretas e completas, de acordo com o meu melhor entendimento.

- Não autorizo a divulgação do nome ou de outras informações que me identifiquem pessoalmente. Compreendo que a presente queixa poderá não ser investigada se eu me recusar a autorizar a divulgação dos dados.
- Ao assinar a queixa, autorizo a Agência de Direitos Civis (CRB — Civil Rights Bureau) do Departamento de Serviços Sociais da Califórnia (CDSS — California Department of Social Services) a revelar a sua identidade e outros dados pessoais para indivíduos dentro da organização ou instituição que será investigada, assim como para outras agências federais e estaduais, de acordo com as leis e os regulamentos federais e estaduais vigentes. Autorizo a CRB a receber materiais e informações, incluindo arquivos do caso, registros pessoais e médicos, entre outros. O material e as informações devem ser usados nas atividades autorizadas de cumprimento e obrigatoriedade dos direitos civis. Compreendo que não tenho a obrigação de autorizar tal divulgação e o faço de maneira voluntária.

Assinatura da pessoa que entrou com a queixa	Data
--	------