

FORMULARIO DE QUEJA POR TRATO DISCRIMINATORIO

Este formulario debe usarse para presentar una queja del DPSS por trato discriminatorio por violaciones contra cualquiera de las clases protegidas bajo la División 21 del Departamento de Servicios Sociales de California. De acuerdo con el manual de Derechos Civiles del DPSS del Condado de Los Angeles, este formulario no es necesario para presentar formalmente una queja por discriminación.

Usted puede presentar una queja si siente que usted sido discriminado debido a su:

- Origen nacional (incluye el idioma)
- Raza
- Identificación de grupo étnico
- Sexo
- Identidad de género
- Estado civil
- Condición médica
- Religión
- Discapacidad (física o mental)
- Estatus migratorio
- Color
- Ascendencia
- Edad
- Expresión de género
- Orientación sexual
- Relación doméstica
- Información genética
- Afiliación política
- Ciudadanía
- Cualquier otra base aplicable

Instrucciones:

1. Complete el formulario PA 607 adjunto, Queja por Trato Discriminatorio. Asegúrese de incluir su nombre, número de teléfono, dirección postal, número de caso y una descripción de la discriminación (adjunte páginas adicionales, si es necesario). Para presentar su queja de forma anónima, puede dejar en blanco la sección del nombre y escribir "anónimo" en la sección de la firma.
2. Indique la acción correctiva que usted solicita para resolver la supuesta discriminación.
3. Firme el formulario.
4. Presente el formulario de queja en persona en cualquier oficina del DPSS, por teléfono, fax, correo electrónico o por correo postal de EE. UU. a:

**Department of Public Social Services
Civil Rights Section
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Telephone: (562) 908-8501
Fax: (562) 692-2240
Correo Electrónico: DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov**

Nota importante:

- La Sección de Derechos Civiles del DPSS asignará un investigador que confirmará por escrito el recibo de su queja.
- Presentar el formulario PA 607 no es necesario para presentar una queja por discriminación; puede presentar una queja por escrito por correo electrónico, una queja verbal por teléfono o informando a cualquier empleado del DPSS para que inicie una queja por discriminación.
- Las represalias están incluidas como clase protegida en la División 21 del CDSS y están prohibidas. Una queja de represalia se describe como cualquier forma de intimidación, amenaza, coacción o discriminación contra cualquier persona que participe en una actividad protegida, como presentar una queja, testificar o participar de cualquier manera en cualquier investigación, procedimiento o audiencia. No es lo mismo que una denuncia por discriminación, pero está prohibida por la División 21 del CDSS.

FORMULARIO DE QUEJA POR TRATO DISCRIMINATORIO

Por favor devuelva el formulario completo a:

Department of Public Social Services Civil Rights Section
 12860 Crossroads Parkway South
 City of Industry, CA 91746
Correo electrónico: DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov
Teléfono: (562) 908-8501
Fax: (562) 692-2240

Nombre del Caso:

Número del Caso:

Yo,
 pido que se lleve a cabo una investigación.

por la presente presento esta queja por trato discriminatorio y

Yo creo que me han discriminado debido a mi (marque al menos 1 casilla):

ORIGEN NACIONAL (incluyendo el idioma)
COLOR
RAZA
ASCENDENCIA
IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO ETNICO
RELACIÓN DOMÉSTICA
INCAPACIDAD/DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL

EDAD
SEXO
EXPRESIÓN DE GÉNERO
IDENTIDAD DE GÉNERO
ORIENTACIÓN SEXUAL
ESTADO DE SALUD

RELIGIÓN
AFILIACIÓN POLÍTICA
CIUDADANÍA
SITUACIÓN MIGRATORIA
ESTADO CIVIL
INFORMACIÓN GENÉTICA
CUALQUIER OTRA BASE APPLICABLE:

YO CREO QUE SE TOMARON REPRESALIAS CONTRA MI PORQUE:

FECHA EN QUE OCURRIÓ EL INCIDENTE:

NOMBRE(S) Y TÍTULO(S) DE LA(S) PERSONA(S) QUE YO CREO QUE ME HA(N) DISCRIMINADO:

LA ACCIÓN, DECISIÓN O CONDICIÓN QUE CAUSÓ QUE YO PRESENTARA ESTA QUEJA ES LA SIGUIENTE:

YO DESEO QUE SE TOME LA SIGUIENTE ACCIÓN CORRECTIVA:

CONSENTIMIENTO CONCEDIDO — Al poner mis iniciales en esta opción, yo autorizo al Departamento de Servicios Sociales, Sección de Derechos Civiles (CRS) a revelar mi identidad y otra información personal a personas en la organización o institución bajo investigación y a otras agencias federales y estatales de acuerdo con las leyes y regulaciones federales y estatales pertinentes. Por la presente, autorizo a la CRS a recibir material e información incluyendo, pero no limitado a solicitudes, archivos de casos, registros personales y médicos. El material e información serán usados para las actividades autorizadas de cumplimiento y aplicación de los derechos civiles. Entiendo que no estoy obligado a autorizar este permiso y lo hago voluntariamente.

CONSENTIMIENTO DENEGADO — Yo no doy mi consentimiento para compartir mi nombre u otra información personal que me identifique. Entiendo que esta queja podría **no ser** investigada como resultado de mi negación a dar mi consentimiento para compartir mi información.

DIRECCIÓN:

FIRMA

FECHA

TELÉFONO: