

## 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 ha 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

County of Los Angeles  
Department of Public Social Services

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**  
**Teléfono: (562) 908-8501**  
**Fax: (562) 692-2240**  
**Correo Electrónico:**  
**[DPSSCivilRights@dpss.lacounty.gov](mailto: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

County of Los Angeles  
Department of Public Social Services

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.

## 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@dps.lacounty.gov

**Teléfono:** (562) 908-8501

**Fax:** (562) 692-2240

**NOMBRE DEL CASO:**

**NÚMERO DEL CASO:**

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente presento esta queja por trato discriminatorio y pido que se lleve a cabo una investigación.

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 ÉTNICO**

**DISCAPACIDAD  
FÍSICA O  
MENTAL  
EDAD  
SEXO  
EXPRESIÓN DE  
GÉNERO  
IDENTIDAD DE  
GÉNERO  
ORIENTACIÓN  
SEXUAL**

**ESTADO CIVIL  
RELACIÓN  
DOMÉSTICA  
CONDICIÓN  
MÉDICA  
INFORMACIÓN  
GENÉTICA  
RELIGIÓN  
AFILIACIÓN  
POLÍTICA  
CIUDADANÍA**

County of Los Angeles  
Department of Public Social Services

**ESTATUS  
MIGRATORIO**

**CUALQUIER  
OTRA BASE  
APLICABLE:**

**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 O TOMARON  
REPLESALIAS CONTRA MI:**

**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

County of Los Angeles  
Department of Public Social Services

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.

**FIRMA**

**FECHA**

**DIRECCIÓN:**

**TELÉFONO:**