

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

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**

Teléfono: (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.

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, _____, 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) | EDAD | RELIGIÓN |
| COLOR | SEXO | AFILIACIÓN POLÍTICA |
| RAZA | EXPRESIÓN DE GÉNERO | CIUDADANÍA |
| ASCENDENCIA | IDENTIDAD DE GÉNERO | ESTATUS MIGRATORIO |
| IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO ÉTNICO | ORIENTACIÓN SEXUAL | CUALQUIER OTRA BASE APLICABLE: |
| DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL | ESTADO CIVIL | |
| | RELACIÓN DOMÉSTICA | |
| | CONDICIÓN MÉDICA | |
| | INFORMACIÓN GENÉTICA | |

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 REPRESALIAS 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 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: