

COMPLAINT OF DISCRIMINATORY TREATMENT
QUEJA DE TRATO DISCRIMINATORIO

TO: DEPARTMENT OF PUBLIC SOCIAL SERVICES
CIVIL RIGHTS SECTION
12860 CROSSROADS PARKWAY SOUTH
CITY OF INDUSTRY, CALIFORNIA 91746

NOMBRE DEL CASO:

NÚMERO DEL CASO:

Yo, _____, por la presente presento esta queja de trato discriminatorio
(Por favor, escriba su nombre en letra de molde) y pido que se lleve a cabo una investigación.

Yo creo que me han discriminado debido a mi:

- ORIGEN NACIONAL (incluyendo el idioma)
COLOR
RAZA
ASCENDENCIA
IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO ÉTNICO
INCAPACIDAD/DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL
EDAD
SEXO
GÉNERO
IDENTIDAD O EXPRESIÓN DE GÉNERO
ORIENTACIÓN SEXUAL
ESTADO CIVIL
RELACIÓN DOMÉSTICA
ESTADO DE SALUD
INFORMACIÓN GENÉTICA
RELIGIÓN
AFILIACIÓN POLÍTICA
CIUDADANÍA
SITUACIÓN MIGRATORIA
CUALQUIER OTRA BASE APLICABLE:

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:

Poner iniciales en la línea de arriba si usted da su consentimiento

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.

Poner iniciales en la línea de arriba si usted no da su consentimiento.

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) _____ DIRECCIÓN: _____
FECHA) _____