

QUEJA DE DISCRIMINACIÓN DE DERECHOS CIVILES

Departamentos de bienestar público de los condados de California no pueden discriminar contra un individuo, o un grupo, sobre la base de raza, color, ascendencia, origen nacional (*incluyendo idioma*), identificación de grupo étnico, edad, discapacidad física o mental, condición médica, religión, sexo, genero, identidad o expresión de género, orientación sexual, estado civil, asociación doméstica, afiliación política, ciudadanía, estado de inmigración, o información genética al determinar/proporcionar asistencia, beneficios, o servicios.

Complete este formulario para reportar una queja de discriminación. (*Los clientes deben completar el formulario siempre que sea posible. De otra manera, el personal de DPSS debe completar el formulario en nombre del cliente.*)

LETRA DE IMPRENTA

| | | | |
|-----------------------------|--------|---------------------|---------------------|
| NOMBRE DEL CLIENTE: | | TIPO DE ASISTENCIA: | |
| DIRECCION: # De Apt., Suite | | NÚMERO DE CASO: | |
| CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL | NÚMERO DE TELEFONO: |

Díganos que ocurrió:

| | | |
|-----------------------|-----------------------------|---|
| FECHA EN QUE OCURRIÓ: | LOCALIZACION DE LA OFICINA: | NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) INVOLUCRADA(S) EN LA OCCURENCIA: |
|-----------------------|-----------------------------|---|

Creo que he sido discriminado sobre la base de: (*Marque TODAS las casillas que aplican.*)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> RAZA | <input type="checkbox"/> COLOR | <input type="checkbox"/> ASCENDENCIA |
| <input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL (<i>Incluido idioma</i>) | <input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN DE GRUPO ÉTNICO | <input type="checkbox"/> EDAD |
| <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL | <input type="checkbox"/> CONDICIÓN MÉDICA | <input type="checkbox"/> RELIGIÓN |
| <input type="checkbox"/> SEXO | <input type="checkbox"/> GÉNERO | <input type="checkbox"/> IDENTIDAD O EXPRESIÓN DE GÉNERO |
| <input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN SEXUAL | <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL | <input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN DOMÉSTICA |
| <input type="checkbox"/> AFILIACIÓN POLÍTICA | <input type="checkbox"/> CIUDADANÍA | <input type="checkbox"/> ESTADO DE INMIGRACIÓN |
| <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN GENÉTICA | | |

Describa en sus propias palabras que acciones le han sucedido para llevar a creer que ha sido discriminado:

¿Indique cual es la resolución que busca?

El formulario fue completado por el:

- Cliente
- Personal de DPSS:
- _____
- NOMBRE (Letra de Imprenta)
- _____
- NÚMERO DE TELÉFONO
- Otro:
- _____
- NOMBRE (Letra de Imprenta)
- _____
- NÚMERO DE TELÉFONO

La información anterior es verdadera y completa a mi mejor saber y entender.



FIRMA DE LA PERSONA QUIEN COMPLETO EL FORMULARIO

FECHA

Entregué el formulario completo a un empleado de DPSS o envié por correo a:

DPSS Assurance & Review Services
 731 Palmyrita Ave. Riverside, CA 92508
 Attention: Civil Rights Coordinator

(Al recibir, el Coordinador/Designado de Derechos Civiles se pondrá en contacto con usted.)