

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 afiliación política, ascendencia, asociación doméstica, ciudadanía, color, condición medica discapacidad física o mental, edad estado civil estado migratorio, identidad o expresión de género, identificación de grupo étnico, información genética, lenguaje primario, orientación sexual, origen nacional, raza, religión o sexo 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"/> AFILIACIÓN POLÍTICA | <input type="checkbox"/> EDAD | <input type="checkbox"/> LENGUAJE PRIMARIO |
| <input type="checkbox"/> ASCENDENCIA | <input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL | <input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN SEXUAL |
| <input type="checkbox"/> ASOCIACIÓN DOMÉSTICA | <input type="checkbox"/> ESTADO MIGRATORIO | <input type="checkbox"/> ORIGEN NACIONAL |
| <input type="checkbox"/> CIUDADANÍA | <input type="checkbox"/> IDENTIDAD O EXPRESIÓN DE GÉNERO | <input type="checkbox"/> RAZA |
| <input type="checkbox"/> COLOR | <input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN DE GRUPO ÉTNICO | <input type="checkbox"/> RELIGIÓN |
| <input type="checkbox"/> CONDICIÓN MÉDICA | <input type="checkbox"/> INFORMACIÓN GENÉTICA | <input type="checkbox"/> SEXO |
| <input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL | | |

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:

- Cliente
- Personal de DPSS: _____
NOMBRE (Letra de Imprenta) NÚMERO DE TELÉFONO
- Other: _____
NAME (Print) 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
10281 Kidd St. Riverside, CA 92503
Assuranceandreview@rivco.org

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