

QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

NOMBRE	CLASE DE ASISTENCIA
DIRECCIÓN	NÚMERO DEL CASO
	NÚMERO DE TELÉFONO ()

Creo que me han discriminado debido a mi:

☐ RAZA

☐ ORIGEN NACIONAL

☐ RELIGIÓN

☐ ESTADO CIVIL

☐ SEXO
(incluyendo la identidad del género)

☐ COLOR

☐ INCAPACIDAD/DISCAPACIDAD
(incluyendo su situación en relación al virus de inmunodeficiencia humana o VIH)

☐ EDAD

☐ AFILIACIÓN POLÍTICA

☐ RELACIÓN DOMÉSTICA

☐ ORIENTACIÓN SEXUAL

☐ GRUPO ÉTNICO
(IDENTIFICACIÓN)

NOMBRE DE LA PERSONA QUE DISCRIMINÓ EN CONTRA SUYA	TÍTULO/CARGO	FECHA EN QUE OCURRIÓ	LUGAR DONDE OCURRIÓ Y NOMBRE DE LA OFICINA/AGENCIA

Describa en sus propias palabras cuáles acciones ocurrieron que le han hecho creer que le han discriminado.

Indique cuál es la resolución que busca.

Entiendo que la información anterior es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

☐ Yo no doy mi consentimiento para que se divulgue mi nombre ni cualquier otra información que conduzca a la identificación personal. Entiendo que es posible que esta queja no sea investigada debido a que me rehuso a dar mi consentimiento para la divulgación de información.

☐ Al firmar esta queja, yo doy mi autorización a la Oficina de Derechos Civiles (CRB) del Departamento de Servicios Sociales del Estado de California para que revelen mi identidad y otra información personal a las personas de la organización o institución bajo investigación y a otras oficinas federales y estatales de acuerdo con las leyes y ordenamientos federales y estatales que aplican. Por medio de la presente autorizo a la CRB a recibir material e información incluyendo, pero no no limitándose a, solicitudes, expedientes del caso, registros personales y expedientes médicos. El material y la información se usarán para actividades autorizadas para el cumplimiento de los derechos civiles. Entiendo que no se requiere que yo firme esta autorización pero yo lo hago voluntariamente.

FIRMA DE LA PERSONA QUE SE QUEJA	FECHA
----------------------------------	-------