

### 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

**CASE NAME:** \_\_\_\_\_

**CASE NUMBER:** \_\_\_\_\_

Yo, \_\_\_\_\_, por la presente someto 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:**

<input type="checkbox"/> RAZA	<input type="checkbox"/> IDENTIDAD DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> RELIGIÓN
<input type="checkbox"/> COLOR	<input type="checkbox"/> EXPRESIÓN DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> AFILIACIÓN POLÍTICA
<input type="checkbox"/> NACIONALIDAD	<input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN SEXUAL	<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD
<input type="checkbox"/> ASCENDENCIA	<input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL	<input type="checkbox"/> CUALQUIER OTRA BASE APLICABLE: _____
<input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN DEL GRUPO ÉTNICO	<input type="checkbox"/> PAREJA DE HECHO	
<input type="checkbox"/> EDAD	<input type="checkbox"/> CONDICIÓN MÉDICA	
<input type="checkbox"/> SEXO	<input type="checkbox"/> INFORMACIÓN GENÉTICA	

**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 Públicos, 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.

\_\_\_\_\_  
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)** \_\_\_\_\_ **(FECHA)** \_\_\_\_\_ **DIRECCIÓN:** \_\_\_\_\_

**PA – 607 (REVISED 12/19) SPANISH** **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_