

QUEIXA SOBRE DISCRIMINAÇÃO

Nome	Tipo de programa
Endereço	Número do caso
Cidade, Estado, Código Postal	Telefone

Acredito que sofri discriminação com base no seguinte:

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Nacionalidade | ☐ Sexo | ☐ Problema de saúde |
| ☐ Cor | ☐ Identidade de gênero | ☐ Informações genéticas |
| ☐ Raça | ☐ Expressão de gênero | ☐ Religião |
| ☐ Ancestralidade | ☐ Orientação sexual | ☐ Afiliação política |
| ☐ Grupo étnico | ☐ Estado civil | ☐ Necessidade especial |
| ☐ Idade | ☐ União estável | ☐ Qualquer outro motivo aplicável _____ |

Nome da pessoa que discriminou alguém	Cargo	Data da ocorrência	Local da ocorrência e agência

Descreva, em suas próprias palavras, quais medidas fizeram com que você acreditasse que está sofrendo discriminação.

--

Indique a resolução que está buscando.

Compreendo que as informações acima estão corretas e completas, de acordo com o meu melhor entendimento.

- ☐ Não autorizo a divulgação do nome ou de outras informações que me identifiquem pessoalmente. Compreendo que a presente queixa poderá não ser investigada se eu me recusar a autorizar a divulgação dos dados.
- ☐ Ao assinar a queixa, autorizo a Agência de Direitos Civis (CRB — Civil Rights Bureau) do Departamento de Serviços Sociais da Califórnia (CDSS — California Department of Social Services) a revelar a sua identidade e outros dados pessoais para indivíduos dentro da organização ou instituição que será investigada, assim como para outras agências federais e estaduais, de acordo com as leis e os regulamentos federais e estaduais vigentes. Autorizo a CRB a receber materiais e informações, incluindo arquivos do caso, registros pessoais e médicos, entre outros. O material e as informações devem ser usados nas atividades autorizadas de cumprimento e obrigatoriedade dos direitos civis. Compreendo que não tenho a obrigação de autorizar tal divulgação e o faço de maneira voluntária.

Assinatura da pessoa que entrou com a queixa	Data
--	------