

QUEJA DE DISCRIMINACIÓN

Nombre	Clase de programa
Dirección - Calle	Número de caso
Ciudad, Estado, Código postal	Número de teléfono

Creo que me han discriminado debido a mi:

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ País de origen | ☐ Sexo | ☐ Condición médica |
| ☐ Color | ☐ Identidad de género | ☐ Información genética |
| ☐ Raza | ☐ Expresión de género | ☐ Religión |
| ☐ Genealogía | ☐ Orientación sexual | ☐ Afiliación política |
| ☐ Grupo étnico | ☐ Estado civil | ☐ Discapacidad |
| ☐ Edad | ☐ Asociación Doméstica | ☐ Cualquier otra razón que aplique _____ |

Nombre de la persona que lo discriminó	Título o puesto	Fecha en que sucedió	Lugar donde sucedió Oficina

Describa en sus propias palabras cuáles acciones ocurrieron que le hicieron 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 al 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 del denunciante	Fecha
-----------------------	-------