DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS DEL CONDADO DE RIVERSIDE

QUEJA DE DISCRIMINACIÓN DE DERECHOS CIVILES

Los Departamentos de Servicios Sociales Públicos de California no pueden discriminar contra un individuo, o grupo a base de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, discapacidad, religión, sexo, orientación sexual, afiliación política, o estado civil cuando se determina/provee asistencia, beneficios, o servicios.

Complete esta forma para reportar una queja de discriminación. (Los clientes deben de completar la forma siempre que sea posible. De otra manera, el personal de DPSS debe de completar la forma por parte del cliente.)

POR FAVOR DE IMPRIMIR

NOMBRE DEL CLIENTE	TIPO DE ASSISTENCIA
DOMICILIO, CALLE, # DE APT.,	NÚMERO DEL CASO
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL	NÚMERO DE TELÉFONO ( ) CÓDIGO DE AREA

Díganos lo que ocurrió:

FECHA EN QUE OCURRIÓ	EN CUAL OFICINA	NOMBRE DE LA(S) PERSONA(S) INVOLUCRADA(S) EN LA OCCURENCIA
_____	_____	_____

La queja de discriminación es basada en: (Marque TODAS las casillas que aplican.)

☐ RAZA ☐ ORIGEN NACIONAL ☐ RELIGIÓN ☐ ESTADO CIVIL
☐ INCAPACIDAD/ DISCAPACIDAD ☐ SEXO ☐ COLOR ☐ AFILIACIÓN POLÍTICA
☐ EDAD ☐ ORIENTACION SEXUAL

¿Cual(es) acción(es) le llevan a creer que ocurrió discriminación?

¿Indique cual es la resolución que busca?

La forma fue completada por el:

☐ Cliente

☐ Empleado de DPSS _____ (_____) _____
Nombre (Imprima) Número de Teléfono

☐ Otro _____ (_____) _____
Nombre (Imprima) Número de Teléfono

La información anterior es verdadera y completa según mi leal saber y entender.

► _____ _____
Firma de la persona quien completo la forma Fecha

Entregue la forma completa a un empleado de DPSS o envié por correo a:

DPSS HR/ACS 10281 Kidd Street, Riverside, CA 92503 Atención – Coordinador de Derechos Civiles
(Al recibir su queja, el Coordinador de Derechos Civiles se pondrá en contacto con usted.)