



**County of Orange  
SOCIAL SERVICES AGENCY**

PROGRAM INTEGRITY  
1928 S Grand Ave; Bldg. C  
Santa Ana, CA 92705  
P.O. BOX 22001  
Santa Ana, CA, 92705

**Atención: Coordinador de Derechos Civiles**

Respecto A: Queja de Discriminación

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de Caso: \_\_\_\_\_

**Tipo de Asistencia:**  CalWORKs (Asistencia Monetaria)  CalFresh (Estampillas de Comida)  Medi-Cal  
 General Relief (Asistencia General)  IHSS (Servicios de Apoyo en el Hogar)  APS (Servicios de Protección al Adulto)  
 Cuidado de Niños  Welfare-to-Work (Transición de la Asistencia Pública al Trabajo)  Children and Family Services  
 (Servicios para Niños y Familias)  Otro \_\_\_\_\_

**Creo que me han discriminado por mí:**  Edad  Raza  Religión  Ascendencia  Orientación Sexual  
 Unión Domestica  Origen Nacional  Idioma  Afiliación Política  Sexo  Identidad de género  Expresión de género  
 Incapacidad o Discapacidad (*incluyendo su status respecto a VIH o virus de inmunodeficiencia*)  Estado Civil  
 Color  Identificación de Grupo Étnico  Condición Médica  Información genética  Estado Inmigratoria  
 Cualquier Otra Base Aplicable

Nombre De Persona Que Lo/a Discrimino	Puesto/Cargo	Fecha En Que Ocurrió	Lugar Donde Ocurrió y Nombre De Agencia

Describa en sus propias palabras qué sucedió para que llegara a creer que le discriminaron y que resolución desearía. Por favor sea específico(a). *(Use el dorso de esta hoja o adjunte más hojas si necesita más espacio).*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

Yo no doy mi consentimiento de que se divulgue mi nombre ni cualquier otra información relacionada con mi identificación personal. Entiendo que esta queja posiblemente no sea investigada debido a que me rehúso a autorizar la divulgación de dicha información.

Al firmar esta queja, autorizo al Programa de Integridad (PI) del Condado de Orange, a revelar mi identidad u otra información personal a personas en la organización o agencia que estén bajo investigación y a agencias federales y estatales de acuerdo a leyes federales y normas estatales. Yo autorizo que PI reciba material e información incluyendo, pero no limitado a, solicitudes, expedientes, registros personales y médicos. El material e información será usada para actividades autorizadas para asegurar el cumplimiento de derechos civiles. Yo entiendo que no estoy obligado(a) a firmar esta autorización y lo hago voluntariamente.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número (s) Telefónico: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_