



County of Orange  
SOCIAL SERVICES AGENCY

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

**Kính Gửi: ĐIỀU HỢP VIÊN VỀ DÂN QUYỀN**

Về Việc: Khiếu Nại Kỳ Thị

Tên: \_\_\_\_\_

Số Hồ Sơ: \_\_\_\_\_

**Loại trợ cấp:**  Trợ Cấp Tiền Mặt  Phiếu Thực Phẩm  Dịch Vụ Y-Tế  Giúp Đỡ Tổng Quát  
 Chăm Sóc Tại Gia  Dịch Vụ Bảo Vệ Người Lớn  Chăm Sóc Trẻ Em  Trợ Cấp Tạo Việc Làm  
 Dịch Vụ Gia Đình và Con Cái  Trợ Cấp Khác \_\_\_\_\_

**Tôi tin rằng tôi đã bị kỳ thị về:**  Tuổi Tác  Chủng Tộc  Tôn Giáo  Nguồn Gốc Tổ Tiên  
 Khuynh Hướng Tình Dục  Người Đồng Phái Ghi Danh Sống Chung  Nguồn Gốc Quốc Gia  
 Ngôn Ngữ  Đảng Phái Chính Trị  Giới Tính  Nhận Diện Giới Tính  Diễn Đạt Giới Tính  
 Khuyết Tật (bao gồm bệnh Sida)  Tình Trạng Hôn Nhân  Màu Da  Nhận Diện Sắc Tộc  
 Tình Trạng Sức Khỏe  Thông Tin Về Di Truyền  Tình Trạng Di Trú  Những Sự Kỳ Thị Khác

Tên Người Kỳ Thị	Chức Vụ	Ngày Xảy Ra Sự Việc	Địa Điểm Và Văn Phòng Nơi Xảy Ra Sự Việc

Sơ lược những điều khiến quý vị làm đơn khiếu nại này và sự giải quyết mà quý vị yêu cầu. Xin điền rõ ràng (Dùng trang sau hoặc dùng tờ giấy khác nếu cần ghi chép thêm)

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Tôi hiểu rằng những lời khai trên là sự thật và được điền đầy đủ theo sự hiểu biết và sự tin tưởng của tôi.

Tôi không chấp thuận việc phát hành tên hoặc các dữ kiện về cá nhân của tôi. Tôi hiểu rằng đơn khiếu nại này có thể không được điều tra vì kết quả từ chối cho phát hành những dữ kiện về cá nhân của tôi.

Khi ký tên vào đơn khiếu nại này, tôi cho phép Chương Trình Liêm Chính (PI) của quận Cam tiết lộ danh tánh và các dữ kiện cá nhân khác của tôi cho các nhân viên của cơ quan hoặc chỉ thị điều tra và các cơ quan chính phủ theo chu kỳ quy định luật liên bang và tiểu bang. Bằng cách này tôi cho phép Chương Trình Liêm Chính (PI) nhận tài liệu và thông tin bao gồm và không giới hạn các đơn xin trợ cấp, hồ sơ cá nhân và hồ sơ y tế. Các tài liệu và thông tin sơ lược cho phù hợp với quyền dân sự và các biện pháp thi hành quyền này. Tôi hiểu rằng tôi không cần phải cho phép phát hành các dữ kiện về cá nhân của tôi và tôi làm điều này với sự tự nguyện.

Ký tên: \_\_\_\_\_

Ngày: \_\_\_\_\_

Địa chỉ: \_\_\_\_\_

Số điện thoại: \_\_\_\_\_