



County of Orange
SOCIAL SERVICES AGENCY (SSA)
 Civil Rights Unit
 1928 S Grand Ave – Building C
 P.O. BOX 22001
 Santa Ana, CA 92705
 ssapicivilrights@ssa.ocgov.com

ATTN: Civil Rights Coordinator

Discrimination/Retaliation Complaint

Nombre: _____

Número de caso: _____

Tipo de ayuda (seleccione todas las que correspondan):

- CalWORKS
 CalFresh
 Medi-Cal
 Alivio general (General Relief)
 Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)
 Servicios de Protección para Adultos (APS)
 Welfare-to-Work
 Servicios infantiles y familiares
 Otro: _____

Creo que he sido discriminado debido a (seleccionar todos los que correspondan):

- Edad
 Raza
 Religión
 Ascendencia
 Orientación sexual
 Relación amorosa
 Origen nacional
 Idioma
 Afiliación política
 Sexo
 Identidad de género
 Expresión de género
 Discapacidad
 Estado civil
 Color
 Identificación de grupo étnico
 Condición médica
 Información genética
 Estado de inmigración
 Represalias

Cualquier otro tema que corresponda: _____

Nombre de la persona que lo discriminó	Cargo	Fecha en que ocurrió la discriminación	Lugar en que ocurrió la discriminación

Describa con sus propias palabras lo que le llevó a creer que ha sido discriminado. Por favor, brinde detalles.

Entiendo que la información anterior es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Si se descubre discriminación y/o represalias durante una investigación, el Departamento de Bienestar del Condado está obligado a crear un plan de acción correctiva para resolver el problema que se descubrió y crear un plan o una política para que el mismo problema no vuelva a suceder. Esto puede incluir la capacitación del personal o la creación de nuevas políticas para servir mejor a los solicitantes y beneficiarios de servicios sociales.

El proceso de reclamos debido a discriminación de la Unidad de Derechos Civiles no está diseñado para hacer lo siguiente:

1. Restablecer o aumentar el monto de los beneficios
2. Aumentar las horas de servicio de IHSS.
3. Revertir las órdenes judiciales relacionadas con los servicios de protección infantil o revocar las decisiones sobre la custodia de los padres.
4. Proporcionar compensación monetaria.
5. Revertir una decisión de una Audiencias Estatal.
6. Reasignar un nuevo trabajador social.
7. Disciplinar o terminar el empleo de un miembro del personal del condado.
8. Detener una investigación de fraude y/o revertir una determinación de fraude.

¿Qué resolución está buscando?

No doy mi consentimiento para la divulgación de mi nombre u otra información de identificación personal. Entiendo que este reclamo no puede ser investigado como resultado de negarme a dar mi consentimiento para la divulgación de información.

Autorizo al Programa de Integridad (PI) del Condado de Orange a revelar mi identidad y otra información personal a personas en la organización o institución en investigación y a otras agencias federales y estatales de acuerdo con las regulaciones federales y estatales aplicables. Por el presente, autorizo al PI a recibir material e información que incluye, entre otros, los archivos de casos de aplicaciones, registros personales y registros médicos. El material y la información se utilizarán para actividades autorizadas de cumplimiento y aplicación de los derechos civiles.

Entiendo que no tengo la obligación de autorizar esta divulgación y que lo hago voluntariamente.

Firma:

Fecha:

Dirección::

Número de

teléfono:

ssapicivilrights@ssa.ocgov.com