

QUEJA POR TRATO DISCRIMINATORIO

PARA: San Francisco Human Services Agency
Office of Civil Rights (OCR)
City and County of San Francisco
P.O. Box 7988
San Francisco, CA 94120

Número del Seguro Social:

NÚMERO DE CASO:

Yo, _____, por este medio, presento esta queja por trato discriminatorio
(escriba su nombre en letra de imprenta) y solicito que se realice una investigación.

Considero que se me discriminó debido a lo siguiente:

<input type="checkbox"/> NACIONALIDAD (incluido el idioma)	<input type="checkbox"/> EDAD	<input type="checkbox"/> INFORMACIÓN GENÉTICA
<input type="checkbox"/> COLOR	<input type="checkbox"/> SEXO	<input type="checkbox"/> RELIGIÓN
<input type="checkbox"/> RAZA	<input type="checkbox"/> GÉNERO	<input type="checkbox"/> AFILIACIÓN POLÍTICA
<input type="checkbox"/> ASCENDENCIA	<input type="checkbox"/> IDENTIDAD O EXPRESIÓN DE GÉNERO	<input type="checkbox"/> CUALQUIER OTRO FUNDAMENTO APLICABLE:
<input type="checkbox"/> IDENTIFICACIÓN CON UN GRUPO ÉTNICO	<input type="checkbox"/> ORIENTACIÓN SEXUAL	_____
<input type="checkbox"/> DISCAPACIDAD FÍSICA O MENTAL	<input type="checkbox"/> ESTADO CIVIL	
	<input type="checkbox"/> CONCUBINATO	
	<input type="checkbox"/> AFECCIÓN MÉDICA	

FECHA DEL ACONTECIMIENTO: _____

NOMBRES Y CARGOS DE LAS PERSONAS QUE CONSIDERO QUE ME DISCRIMINARON:

LA ACCIÓN, DECISIÓN O AFECCIÓN QUE ME LLEVÓ A PRESENTAR ESTA QUEJA ES LA SIGUIENTE:

DESEO QUE SE TOMEN LAS SIGUIENTES MEDIDAS CORRECTIVAS:

