

REKLAMO TUNGKOL SA MAPANDISKRIMINANG PAGTRATO

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

SSN:

NUMERO NG KASO:

Ako si _____, at inihahain ko ang reklamong ito tungkol sa mapandiskriminang pagtrato (Paki-print ang iyong pangalan) at hinihiling kong magsagawa ng imbestigasyon.

Naniniwala akong nadiskrimina ako dahil sa aking:

<input type="checkbox"/> BANSANG PINAGMULAN (kabilang ang wika)	<input type="checkbox"/> EDAD	<input type="checkbox"/> GENETIC NA IMPORMASYON
<input type="checkbox"/> KULAY	<input type="checkbox"/> KASARIAN	<input type="checkbox"/> RELIHIYON
<input type="checkbox"/> LAHI	<input type="checkbox"/> GENDER	<input type="checkbox"/> POLITIKAL NA KAUGNAYAN
<input type="checkbox"/> NINUNO	<input type="checkbox"/> EXPRESSION	<input type="checkbox"/> ANUMANG IBA PANG NAAANGKOP NA BATAYAN:
<input type="checkbox"/> PAGKAKAUGNAY O PAGKAKABILANG SA PANGKAT ETNIKO	<input type="checkbox"/> SEKSUAL NA ORYENTASYON	_____
<input type="checkbox"/> PISIKAL O MENTAL NA KAPANANAN	<input type="checkbox"/> MARITAL STATUS	
	<input type="checkbox"/> DOMESTIC PARTNERSHIP	
	<input type="checkbox"/> MEDIKAL NA KUNDISYON	

PETSA NG PANGYAYARI: _____

(MGA) PANGALAN AT (MGA) TITULO NG (MGA) TAO NA SA PALAGAY KO AY DINISKRIMINA AKO:

ITO ANG PAGKILOS, DESISYON, O KUNDISYON NA NAGTULAK SA AKIN NA IHAIN ANG REKLAMONG ITO:

GUSTO KONG MAISAGAWA ANG SUMUSUNOD NA PAGDIDIPLINA:

_____ **NAGBIGAY NG PAHINTULOT** – Sa pamamagitan ng paglalagay ng inisyal sa opsyong ito, pinapahintulutan ko ang Ahensya ng mga Serbisyong Pantao

Ilagay ang inisyal sa linya sa itaas kung nagbibigay ka ng pahintulot.

(Human Services Agency, HSA), Tanggapan ng Mga Karapatang Sibil (Office of Civil Rights, OCR) na ilahad ang aking pagkakakilanlan at iba pang personal na impormasyon sa mga tao sa organisasyon o institusyon na iniimbestigahan at sa iba pang ahensya ng Pederal ng Pamahalaan at Estado alinsunod sa mga naaangkop na batas at regulasyon ng pederal na pamahalaan at estado. Pinapahintulutan ko ang HSA na makatanggap ng materyal at impormasyon kabilang ang, ngunit hindi limitado sa mga aplikasyon, file sa kaso, personal na rekord, at medikal na rekord. Ang materyal at impormasyon ay gagamitin para sa mga awtorisadong aktibidad sa pagsunod at pagpapatupad ng mga karapatang sibil. Nauunawaan kong hindi ko kinakailangang magbigay ng pahintulot sa pag-release na ito at boluntaryo ko itong ginagawa.

_____ **HINDI NAGBIGAY NG PAHINTULOT** – Hindi ako nagbibigay ng pahintulot para sa pag-release ng pangalan ko o iba pang impormasyong nagbibigay ng personal na pagkakakilanlan. Nauunawaan kong maaaring hindi imbestigahan ang reklamong ito dahil sa pagtanggap kong magbigay ng pahintulot ko para sa pag-release ng impormasyon.

Ilagay ang inisyal sa linya sa itaas kung hindi ka nagbibigay ng pahintulot.

(LAGDA)

(PETSA)

ADDRESS: _____

TELEPONO: _____