



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

姓名： _____

案件編號： _____

援助類型（選擇所有適用項）：

CalWORKS CalFresh Medi-Cal 一般救濟 家庭支援服務

成人保護服務 (APS) Welfare-to-Work 兒童和家庭服 其他： _____

我認為我因以下原因受到歧視（選擇所有適用項）：

年齡 種族 宗教 祖先 性取向

伴侶關係 國籍 語言 政治傾向 性別

性別認同 性別表達 殘疾 婚姻狀況 皮膚顏色

族群識別 健康狀況 遺傳訊息 移民身分 報復

任何其他適用的原因： _____

歧視您的人的姓名	職位	發生日期	發生地點

請具體說明並描述發生什麼事導致您認為您受到歧視。

據我所知和所信，上述陳述的資料是真實且完整的。

如果在調查過程中發現歧視和/或報復行為，縣福利部門有責任制定一個糾正行動計劃來解決發現的問題，並制定計劃或政策以防止再次發生相同的問題。這可能包括培訓工作人員或制定新政策，以更好地為社會服務福利的申請人和接受人提供服務。

公民權利部的歧視申訴流程並非用於以下目的：

1. 恢復或增加福利金額
2. 增加居家志願服務 (IHSS) 的服務時間
3. 撤銷與兒童保護服務相關的法院命令或推翻有關父母監護權的決定
4. 供金錢補償
5. 推翻州聽證會的決定
6. 重新分配社工
7. 對縣府職員進行紀律處分或終止僱傭關係
8. 停止詐欺調查，和/或撤銷詐欺決定

您正在尋求什麼解決方案：

我不同意公開我的姓名或其他個人識別資訊。我了解，由於我拒絕同意披露信息，因此此投訴可能不被調查。

授權橙縣誠信計劃 (Program Integrity) 根據適用的聯邦和州法規，向接受調查的組織或機構的人員以及其他聯邦和州機構透露我的身分和其他個人資訊。我特此授權誠信計劃接收資料和訊息，包括但不限於申請案例文件、個人記錄和醫療記錄。相關材料和信息將用於經授權的民權合規和執法活動。我了解我並非被要求授權相關信息的發布，而我亦是出於自願。

簽名：

日期：

地址：

電話號碼：

ssapicivilrights@ssa.ocgov.com