



# Condado de Clatsop

Departamento de Salud Pública  
820 Exchange St., Suite 100  
Astoria, Oregon 97103  
[www.co.clatsop.or.us/publichealth](http://www.co.clatsop.or.us/publichealth)

Teléfono (503) 325-8500, 711 (TTY)  
Fax (503) 325-8678  
Email: [health@co.clatsop.or.us](mailto:health@co.clatsop.or.us)

## Formulario para el público para el reporte de discriminación

**¿Necesita que le ayuden a llenar el formulario?**

**Llame gratis al 503-325-8500 o marque 711 (TTY, para personas con problemas auditivos) para obtener ayuda si necesita:**

- Un intérprete;
- Este formulario en otro idioma;
- Este formulario en letra grande, audio, braille u otro formato;
- Respuestas a sus preguntas sobre el formulario.

***Todos los servicios mencionados anteriormente son gratuitos***

***¿Quiere reportar discriminación en uno de los programas de Salud Pública de Condado de Clatsop que ocurrió o de la que se dio cuenta en los últimos 60 días? De ser así, llene este importante formulario.***

***Llene este formulario para reportar discriminación en base a cualquiera de los factores siguientes:***

- Orientación sexual;
- Identidad sexual;
- Raza;
- Color;
- Procedencia nacional;
- Nivel de inglés limitado;
- Religión;
- Discapacidad;
- Edad;
- Sexo;
- Embarazo;
- Acoso sexual;
- Estado civil;
- Represalia por haber presentado un reporte de discriminación o
- Cualquier otra circunstancia amparada por la ley

***El Coordinador de Derechos Civiles del Departamento de Salud Pública del Condado de Clatsop revisará cuidadosamente la información en este formulario.***

***Recibirá una carta de nosotros no más tarde de siete días después de que recibamos este formulario. Le dirá que recibimos su informe de discriminación y si el Departamento de Salud Pública del Condado de Clatsop tiene la autoridad para actuar en consecuencia. Si el Departamento de Salud Pública del Condado de Clatsop no puede actuar sobre su informe, le diremos qué oficina puede actuar al respecto.***

***Es norma del Departamento de Salud Pública del Condado de Clatsop no intimidar, amenazar, coaccionar, discriminar o tomar represalias contra usted por hacer un informe de discriminación.***

## Información sobre el Reporte de Discriminación

**Escriba en letra impresa o a máquina — de ser necesario, añada páginas adicionales.**

Fecha: \_\_\_\_\_

**1A.** \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que fue objeto de la alegada discriminación

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado Código postal

\_\_\_\_\_  
Tel. domicilio / celular Tel. trabajo Otro

\_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento Idioma que prefiere

¿De qué manera desea que nos comuniquemos con usted?  Por teléfono  Por correo electrónico  
 Otro

La mejor hora para comunicarnos con usted: \_\_\_\_\_ (Día/hora)

¿Nos permite contactarle por correo electrónico?  Sí  No Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**Si está preparando este reporte de discriminación a nombre de otra persona, proporcione la información a continuación:**

**1B.** \_\_\_\_\_  
Nombre de la persona que esta llenando el formulario por la persona que fue objeto de la supuesta discriminación

\_\_\_\_\_  
Dirección Ciudad Estado C. Postal

\_\_\_\_\_  
Tel. domicilio / celular Tel. trabajo Otro

\_\_\_\_\_  
Idioma que prefiere

¿De qué manera desea que nos comuniquemos con usted?  Por teléfono  Por correo electrónico  
 Otro

La mejor hora para comunicarnos con usted: \_\_\_\_\_ (día/hora)

¿Nos permite contactarle por correo electrónico?  Sí  No Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**2. Proporcione información sobre la persona, el grupo, la agencia o la oficina que usted considera le discriminó.**

Nombre(s)/ Descripción Núm. de teléfono *(si lo sabe)*

Fecha(s) más reciente(s) en que se produjo la supuesta discriminación

¿La alegada discriminación ocurrió hace más de 60 días?  Sí  No

De ser así, indique por qué presenta el Reporte de Discriminación ahora:

**3. ¿Le denegaron acceso a las instalaciones o al edificio?  Sí  No**

Nombre del edificio o instalaciones

Dirección Ciudad Estado Código postal

**4. ¿Le denegaron acceso a algún programa, servicio o actividad o le impidieron participar en ellos?  Sí  No**

De ser así, proporcione la información a continuación:

Nombre del programa

Fecha Hora

**5. Díganos qué sucedió. Sírvase incluir la información a continuación:**

- Una lista de todas las personas involucradas, incluyendo los nombres, apellidos y los títulos, si los sabe;
- Las palabras exactas o las acciones de las personas involucradas;
- Fecha(s);
- Hora(s);

**6. Testigos:**

Indique el nombre y apellido y la información de contacto de cada una de las personas que puedan haber visto o escuchado la alegada discriminación. Proporcione el máximo de información como le sea posible.

**7. ¿Intentó usted resolver el problema o lo reportó a alguien?**

De ser así, ¿a quién se lo reportó? ¿Qué sucedió?

**8. ¿Qué le gustaría a usted que sucediese con el presente reporte?**

**9. ¿Considera usted que su clase protegida por la ley fue el motivo de la discriminación?**

Sí       No

De ser así, marque todas las casillas que correspondan.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad                 | <input type="checkbox"/> Religión   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad         | <input type="checkbox"/> Embarazo   |
| <input type="checkbox"/> Sexo                 | <input type="checkbox"/> Acoso sexual   |
| <input type="checkbox"/> Estado civil         | <input type="checkbox"/> Represalia por haber presentado un Reporte de Discriminación |
| <input type="checkbox"/> Procedencia nacional | <input type="checkbox"/> Nivel de inglés limitado                                     |
| <input type="checkbox"/> Raza                 | <input type="checkbox"/> Orientación sexual   |
| <input type="checkbox"/> Color                | <input type="checkbox"/> Identidad sexual   |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____          |   |

Este formulario fue llenado por:

- La persona que fue objeto de la alegada discriminación
- Abogado/representante/defensor
- Un empleado de la OHA: \_\_\_\_\_
- Otro (indicar): \_\_\_\_\_

**Adjunte cualquier otro tipo de información que se relacione con su Reporte de Discriminación.**

**ENVÍE EL PRESENTE REPORTE A:**

**Salud Pública del Condado De Clatsop**

820 Exchange St. Suite 100, Astoria, OR 97103

Fax 503-325-8678 o Correo electrónico: [health@co.clatsop.or.us](mailto:health@co.clatsop.or.us)

503-325-8500 (voz), o 711 (TTY)

**Por otra parte, podría tener el derecho de presentar una queja ante una de las agencias siguientes:**

**Autoridad de Salud de Oregon (OHA), Oficina de la División de Equidad e Inclusión (OEI)**

Web: [www.oregon.gov/OHA/EOI](http://www.oregon.gov/OHA/EOI)

Correo-e: [OHA.PublicCivilRights@state.or.us](mailto:OHA.PublicCivilRights@state.or.us)

Teléfono: (844) 882-7889, 711 TTY

Correo: 421 SW oak St., Suite 750, Portland, OR 97204

**En el plazo de un año a partir de la fecha de la alegación discriminación:**

**Oficina de Trabajo e Industrias (BOLI) División de Derechos Civiles**

Web: [www.oregon.gov/BOLI](http://www.oregon.gov/BOLI)

Correo-e: [crdemail@boli.state.or.us](mailto:crdemail@boli.state.or.us)

Teléfono: (971)673-0764, 711 TTY

Correo: 800 NE Oregon St., Suite 1045, Portland, OR 97232

**Dentro de los 180 días posteriores a la presunta discriminación:**

**Departamento de Salud y Humanos de los Estados Unidos, Servicios, Oficina de Derechos Civiles (OCR)**

Web: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Correo-e: [OCRComplaint@hhs.gov](mailto:OCRComplaint@hhs.gov)

Teléfono: 1-800-368-1019,

1-800-537-7697 (TDD)

Correo: 200 Independence Avenue SW., Room 509F HHH Building, Washington, DC 20201.

Los formularios de quejas están disponibles en: [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html)

**Departamento de Justicia de los Estados Unidos (USDOJ), División de Derechos Civiles**

Web: <https://civilrights.justice.gov/>

Teléfono: 1-855-856-1247,

(202) 514-0716 (TTY)

Correo: 950 Pennsylvania Avenue, NW, Washington, D.C. 20530-0001