

Cuestionario de Queja

POR FAVOR LEA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES CON CUIDADO.

Si usted es un empleado federal, y desea presentar una querrela en contra de su empleador federal, debería hacer caso omiso a este formulario y comunicarse directamente con la oficina federal de EEO correspondiente a su puesto laboral.

Favor de llenar las preguntas encontradas en las siguientes páginas. Una querrela de discriminación tiene que ser hecha entre los límites de tiempo establecidos por la ley. Lo cual, por lo general, es entre 300 a 365 días de haber ocurrido la presunta acta de discriminación. Este formulario sería revisado para determinar si cabe bajo nuestra jurisdicción. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS relevantes a su situación con lo más detalle posible. Si no sabe la respuesta a la pregunta, debería contestar "desconocido." Si una pregunta no es aplicable a su situación escribe "n/a."

Este formulario no es una querrela de discriminación, y con solo llenar este formulario no ha archivado una querrela. Un empleado de la Comisión de Derechos Humanos (IHRC) revisará este formulario y si es necesario consultaría con usted. Cuando la información este completa, una querrela de discriminación será enviada a usted para firmar. La querrela no estará registrada y presentada hasta que la IHRC reciba las formas con su firma. En aquel momento, se asignará un(a) investigador(a) a su caso. Una copia de la querrela de discriminación que firme sería enviada a su empleador, agencia de empleo, sindicato, u organización y será la base para la investigación de la IHRC.

Si usted ha iniciado un formulario y lo ha guardado en una sesión previa, favor de proveer su número de referencia para recuperar los datos.

Información personal

Apellidos: _____ Nombre: _____

dirección: _____ Apt. # _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado _____

Código zip: _____ Números telefónicos (casa): _____ (trabajo): _____

_____ (celular): _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: masculino ___ femenino ___

Favor de contestar las siguientes preguntas.

¿Es usted Hispano/a o Latino/a? Sí _____ No _____

¿Qué es su raza? (Favor de seleccionar todo que sea aplicable.)

Nativo-americano o Nativo de Alaska _____ Asiático _____ Negro _____ o
Afroamericano _____ Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico _____
Blanco _____

¿Qué es su origen nacional? (etnia o ascendencia) _____

Favor de aportar el nombre de un contacto, alguien que no viva con usted.

Nombre: _____ Relación o parentesco: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____

Número telefónico _____ Correo electrónico _____

¿Ha usted presentado antes un cargo con este asunto a la IHRC, la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC, *en inglés*) u otra agencia? Sí _____ No _____

Si "Sí" provee el nombre de la agencia y fecha de presentar: _____

Información de Querellante:

Yo creo que fui discriminado en contra de/acerca de: el empleo ___ las viviendas ___ la Educación ___ o en un lugar pública (*ejemplo: un restaurante, una oficina medical, un teatro, una tienda*) _____

Contacto de la organización (si la organización es su empleador, provee la dirección donde *realmente trabaja*. Si trabaja desde su casa, marque aquí: _____ y provee la dirección de la oficina a la que reporte. Si más de un empleador se involucra, complete un formulario aparte. Favor de identificar cada organización por nombre como escrito en su talón de pago, si disponible.

Nombre de organización: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Condado: _____ Estado _____ Código zip: _____ Número

telefónico: _____ Tipo de negocio: _____ ubicación

corporativa (si distinta): _____

Director de recursos humanos o nombre del dueño: _____

Teléfono: _____

Número de empleados en la organización en TODAS ubicaciones: _____ menos que 5 _____ 5-14 _____ 15-100 _____ 101-200 _____ 201-500 _____ más que 500 _____

Sus datos de empleo (Completa todos los elementos posibles)

¿Es usted empleado federal? Sí _____ No _____

(Si eso, favor de pasar por alto este formulario y contactar la oficina del EEO de su departamento federal.)

Fecha de contratación: _____ puesto del trabajo cuando contratado: _____

Sueldo cuando contratado: _____ Sueldo más reciente: _____

Puesto de trabajo durante el acto presunto de discriminación: _____

Fecha de abandono / despido: _____

Nombre y puesto del supervisor directo: _____

Si solicitante, fecha de aplicar al trabajo: _____

Puesto solicitado: _____

¿Qué es la base(s) para su alegación de discriminación? Favor de seleccionar todo que sea aplicable.

Raza__Origen nacional (etnia o ascendencia) Color (diferencia en el color de piel entre la misma raza) Sexo: Femenino____Masculino __Embarazo __Orientación sexual _____Identidad de género_____

Identidad de género Edad (40+) Discapacidad____ Religión____ Represalias_____ (Si selecciona este celdilla, TIENE QUE identificar uno o más de los bases arriba en que fue basada la represalia:_____)

Si seleccionó color, raza, u origen nacional, especifique: _____

¿Qué le pasó que usted cree fue discriminatorio? Incluye:

- Fecha(s) del daño,
- La acción,
- Los nombres y puestos del trabajo de las personas que usted cree que lo trataron de manera discriminatoria. (Ejemplo: 10/2/13-El Sr. John Doe, mayordomo de producción, me despidió del trabajo.)

A) fecha:_____ acción:_____

Nombre y puesto de persona(s) responsables: _____

B) fecha:_____ acción:_____

Nombre y puesto de persona(s) responsables: _____

¿Por qué cree usted que estas acciones fueron discriminatorias, es decir, debido a su raza, color, origen nacional, sexo, religión, edad, discapacidad, o represalias?

¿Qué fue la explicación que le dijeron sobre el acto que usted cree que fue discriminatorio? ¿Quién se lo dijo? ¿Qué es el puesto de trabajo de esta persona?

Nombrar o identificar otras personas quienes estuvieron en la misma situación que usted. Explicar trato similar o desigual. Recaltar quien fue tratado de manera mejor, peor e igual que usted.

¿Tiene testigos a la presunta acta de discriminación? En caso de sí, favor de identificarlos y explicar a lo que usted cree que puedan testificar.

Conteste las siguientes preguntas solamente si declara discriminación basada en una discapacidad. Si no, pase al párrafo de firmar abajo. Favor de adjuntar paginas adicionales si es necesario.

Seleccione todas aplicables: Sí, tengo una discapacidad
 No tengo una discapacidad ahora, pero antes sí tenía
 No discapacidad, pero la organización me trata como si tuviera

¿Cuál es la(s) discapacidad(es) que cree es el motivo de la acción adversa tomada contra usted?

¿La (s) condición (es) lo previenen o lo limitan de hacer algo? Si es así, por favor describe.

¿Solicitó cambios, modificaciones o asistencia (adaptaciones) debido a su(s) discapacidad(es)? Sí _____ No _____

Si eso, ¿cuándo lo pidió? _____ ¿Cómo lo pidió? (verbalmente o por escrito) _____

¿A quién lo solicitó? (Favor de aportar el nombre completo y puesto de la persona.)

Describe los cambios o asistencia que solicitó:

¿Qué fue la respuesta a su solicitud?

¿Cómo supo de la Comisión de Derechos Humanos?

Yo entiendo que este formulario no es una querrela formal, y con solo llenarlo no he archivado una querrela de discriminación. Yo entiendo que un empleado de la Comisión de Derechos Humanos (IHRC) revisará este formulario y si es necesario consultaría conmigo. Cuando la información este completa, una querrela de discriminación será enviada a mí para firmar. La querrela no estará registrada y presentada hasta que la IHRC reciba las formas con mi firma. En aquel momento, se asignará un(a) investigador(a) a mi caso. Yo entiendo que el empleador u otra organización que está nombrado en la querrela, recibirá una copia de mi querrela firmada de discriminación, y que la querrela será la base para la investigación de la IHRC.

firma

fecha