

## Departamento del Desarrollo del Empleo Formulario de Queja por Discriminación

Por favor, use este formulario para presentar una queja por discriminación ante el Departamento del Desarrollo del Empleo (EDD, por sus siglas en inglés). Para presentar una queja por discriminación, complete este formulario y envíelo a la Oficina de Igualdad de Oportunidad al Empleo (EEO, por sus siglas en inglés).

Por correo postal:

Employment Development Department  
Equal Employment Opportunity Office  
PO Box 826880, MIC 49  
Sacramento, CA 94280-0001

Por fax: **1-916-654-9371**

Atención a: Equal Employment Opportunity Office

| 1. Información del demandante: |                                       |
|--------------------------------|---------------------------------------|
| Nombre: _____                  | Número de teléfono de casa: _____     |
| Dirección: _____               | Número de teléfono del trabajo: _____ |
| Ciudad: _____                  | Número de teléfono celular: _____     |
| Estado: _____                  | Correo electrónico: _____             |
| Código postal: _____           |                                       |

| 2. Información de contacto del demandante:   |       |        |           |        |         |
|--|-------|--------|-----------|--------|---------|
| ¿Cuál es el horario más conveniente durante las horas de trabajo (de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.) para comunicarnos con usted por teléfono acerca de esta queja? |       |        |           |        |         |
| Día  | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes |
| Hora   |       |        |           |        |         |
| Número de teléfono   |       |        |           |        |         |

| 3. Información de contacto de la(s) persona(s) que usted alega que lo discriminaron: |               |   |
|--|---------------|---|
| Proporcione el nombre de la entidad donde esa(s) persona(s) trabaja(n):              |               |   |
| Nombre completo de la(s) persona(s) que lo discriminó/discriminaron:                 |               |   |
| Dirección de la(s) persona(s)/entidad:   |               |   |
| Ciudad: _____  | Estado: _____ | Código postal: _____                    |
| Número de teléfono: _____  |               |   |
| Fecha del primer incidente: _____  |               | Fecha del incidente más reciente: _____ |

**4. Cuéntenos acerca de el/los incidente(s):**

- Explique brevemente qué ocurrió y cómo usted fue discriminado.
- Proporcione la(s) fecha(s) en que ocurrió/ocurrieron el/los incidente(s).
- Indique quien/quienes lo discriminaron. Incluya nombres y puestos de trabajo, si es posible.
- Si otras personas recibieron un trato diferente al suyo, explíquenos cómo esas personas fueron tratadas diferente a usted.
- Incluya cualquier documento que usted crea que podría ayudarnos a entender mejor su queja.

**5. Por favor, indique a continuación cualquier persona(s) (testigos) que pudiéramos contactar para obtener información adicional para sustentar o clarificar la queja.**

| Nombre | Dirección | Número de teléfono |
|--------|-----------|--------------------|
|        |           |                    |
|        |           |                    |
|        |           |                    |
|        |           |                    |
|        |           |                    |

## 6. Fundamento de la discriminación:

- Marque el tipo de discriminación que sufrió, como por ejemplo: por edad, raza, color, origen nacional, discapacidad, etc.
- Si cree que hubo más de un fundamento involucrado, puede marcar más de una casilla:

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Edad – <i>fecha de nacimiento</i> :  | <input type="checkbox"/> Ciudadanía o estatus como trabajador extranjero en los Estados Unidos |
| <input type="checkbox"/> Color  | <input type="checkbox"/> Discapacidad  |
| <input type="checkbox"/> Origen nacional (incluyendo dominio limitado del idioma inglés)  | <input type="checkbox"/> Afiliación o creencia política  |
| <input type="checkbox"/> Represalia   | <input type="checkbox"/> Religión  |
| <input type="checkbox"/> Raza – <i>Indique su raza</i> :  | <input type="checkbox"/> Acoso sexual  |
| <input type="checkbox"/> Sexo (incluyendo embarazo, parto y condiciones médicas relacionadas, estereotipo sexual, estatus de transgénero e identidad/expresión de género) | <input type="checkbox"/> Orientación sexual  |
|   | <input type="checkbox"/> Otro ( <i>especifique</i> ):  |

## 7. ¿Anteriormente ha presentado una queja en contra de esta/estas persona(s) o entidad?

Sí  No

Si selecciona **SÍ**, conteste las siguientes preguntas.

- a. ¿Presentó su queja por escrito?  Sí  No
- b. ¿En qué fecha presentó su queja?
- c. Nombre de la oficina dónde presentó su queja:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Persona de contacto (si lo sabe):

- d. ¿Se le ha proporcionado a usted una decisión o reporte final?  Sí  No
- Si marcó Sí, por favor adjunte una copia de su queja.**

## 8. Elija un representante personal:

- Usted puede elegir a una persona para que lo represente en esta queja. Esta persona puede ser un pariente, amigo, representante de un sindicato/unión, abogado o alguien más.
- Si elige designar a alguien para que lo represente, todas nuestras comunicaciones con usted serán a través de su representante.

¿Desea autorizar a un representante personal para que se encargue de esta queja?  Sí  No

Si selecciona **SÍ**, complete la siguiente sección. Si selecciona **NO**, vaya a la sección 9.

### AUTORIZACIÓN DE UN REPRESENTANTE PERSONAL

Deseo autorizar a la persona identificada a continuación para que actúe en mi nombre como mi representante personal en asuntos tales como mediación, conferencias de conciliación o investigaciones relacionadas a esta queja.

Nombre:

Yo soy un abogado representando al demandante.  Yo no soy un abogado representando al demandante.

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Número de teléfono:

Fax:

Correo electrónico:

## 9. Resolución de Disputa Alternativa (ADR, por sus siglas en inglés), también conocida como mediación.

**Atención:** Usted debe indicar si desea mediar su caso. La oficina de EEO no puede comenzar a procesar su queja hasta que usted haya tomado una decisión. Por favor, marque **SÍ** o **NO** en los espacios que aparecen a continuación.

- La mediación es una alternativa para que se investigue su queja.
- Ninguna de las partes pierde nada con la mediación.
- Las partes en la queja revisan los hechos, discuten opiniones sobre los hechos y se esfuerzan por llegar a un acuerdo que satisfaga a ambas partes.
  - El acuerdo de mediación no es una omisión de culpa de la(s) persona(s)/entidad que usted alega que lo discriminaron.
  - La mediación es llevada a cabo por un mediador imparcial, capacitado y cualificado.
  - Usted (o su representante personal) tiene el control para negociar un acuerdo satisfactorio.
  - **Los términos del acuerdo son firmados por el demandante y la(s) persona(s)/entidad que usted alega que lo discriminaron.**
  - **El acuerdo vincula jurídicamente a ambas partes.**
  - Si no se llega a un acuerdo, se iniciará una investigación formal.
  - Si el acuerdo no se mantiene, esto traerá como resultado una investigación formal.
  - Se abrirá una investigación formal si se reportan represalias.
  
- **¿Desea mediar su queja?**  
(Por favor, marque solamente una casilla)

**SÍ**, deseo mediar.

**NO**, por favor investigue.

## 10. Firma del demandante:

Su firma en este formulario iniciará el proceso de esta queja. Al firmar esta queja, usted está declarando bajo pena de perjurio que la información incluida es verdadera y correcta a su mejor saber y entender.

**Firma:**

**Fecha:**