



COMISIÓN PARA LA IGUALDAD DE OPORTUNIDADES EN EL EMPLEO

FORMULARIO PRELIMINAR

Por favor complete cuanto antes este formulario y devuélvalo a la Comisión Para La Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los Estados Unidos (“EEOC”). **RECUERDE**, una querrela/queja de discriminación en el empleo debe ser presentada dentro de los límites de tiempo establecidos por la ley, generalmente dentro de 180 días o en algunos lugares dentro de 300 días del acto discriminatorio. Cuando recibamos el formulario, lo revisaremos para determinar si el EEOC tiene jurisdicción sobre su caso. **Responda a las preguntas en el formulario lo más completo posible y agregue páginas adicionales si es necesario para completar sus respuestas. Si no sabe la respuesta a una pregunta, escriba “no lo sé”. Si una pregunta no corresponde a su situación, escriba “n/c.” Por favor use letra de imprenta.**

1. Información Personal

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Dirección: _____ Depto. o Unidad #: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Números de teléfono: Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Celular: (____) _____ Dirección de e-mail: _____

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: Hombre Mujer ¿Tiene alguna incapacidad/discapacidad? Sí No

Por favor, conteste las siguientes tres preguntas. i. ¿Es usted Hispano o Latino? Sí No

ii. ¿Cuál es su Raza? Por favor marque todas las que apliquen. Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático
 Blanco Negro o Afro-Americano Nativo de Hawai u Otro Isla del Pacifico

iii. ¿Cuál es su Origen Nacional (país de origen o ascendencia) ? _____

Proporcione el nombre de una persona a quien contactar si no pudiéramos comunicarnos con usted:

Nombre: _____ Parentesco o relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de Casa:(____) _____ Otro Teléfono: (____) _____

2. Yo creo que he sido discriminado(a) por la(s) siguiente(s) organización/organizaciones (Marque aquellas que apliquen a su caso): Empleador: _____ Sindicato: _____ Agencia de Empleo: _____ Otra (por favor especifique) _____

Información de la Organización: (Si la organización es un empleador, proporcione la dirección donde usted realmente trabajaba. Si usted trabajaba de su casa, marque aquí ___ y proporcione la dirección de la oficina a donde usted se reportaba.) **Si más de un empleador es involucrado, agregue páginas adicionales.**

Nombre de la Organización: _____

Dirección: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____ Teléfono:(____) _____

Tipo de Negocio: _____ Lugar de trabajo si es distinto a la dirección de la organización: _____

Director de Recursos Humanos o Nombre del Dueño: _____ Teléfono: (____) _____

Número de Empleados en todas las Ubicaciones de la Organización: Por favor Marque (✓) una:

Menos de 15 15-100 101-200 201-500 Más de 500

3. Datos de su Empleo (Complete todos los datos posibles.) **¿Es usted un empleado federal?** Sí No

Fecha cuándo empezó el empleo: _____ Título de su posición al empezar: _____

Salario Inicial: _____ Salario Actual o Último: _____

Título de su posición al ser presuntamente discriminado(a): _____

Fecha cuando fue despedido(a) o que dejó el trabajo: _____

Nombre y Título de su Supervisor Inmediato: _____

Si solicitó empleo, fecha de la solicitud: _____ Título de la posición solicitada: _____

4. ¿Cuál es la razón (base) por la cuál usted cree que fue discriminado(a) en el empleo?

POR EJEMPLO, si usted cree que fue tratado(a) peor que otra persona por motivos de raza, debe marcar la casilla enseguida de Raza. Si usted cree que fue tratado peor debido a varias razones, tales como sexo, religión y origen nacional, usted debe marcar todas las razones que aplican. Si usted se quejó de discriminación, participó en una querrela/queja de discriminación de otra persona, o presentó una querrela/queja de discriminación y usted sufrió o fue amenazado(a) con una acción negativa, usted debe marcar la casilla enseguida de Represalia.

Raza Sexo Edad Incapacidad/Discapacidad Origen Nacional Religión Represalia
 Embarazo Color (típicamente una diferencia del tono de la piel entre la misma raza) Información Genética; marque el tipo(s) de información genética involucrada: i. exámenes o pruebas genéticas ii. historia médica familiar iii. servicios genéticos (servicios genéticos significa asesoramiento, educación, o pruebas)

Si usted marcó color, religión, u origen nacional, por favor especifique: _____

Si usted marcó información genética, ¿como fue que el empleador obtuvo la información genética? _____

Otra razón (base) para la discriminación (Por favor explique): _____

5. ¿Qué le pasó a usted para creer que ha sido(a) discriminado(a)? Incluya la/las fecha(s) del daño sufrido, la/las acción(es) discriminatoria(s) y el/los nombre(s) y título(s) de las personas que usted cree lo(a) han discriminado. Por favor agregue páginas adicionales si es necesario.

(Por ejemplo: 10/2/06- Fui despedido(a) por el Sr. Juan Soto, Supervisor de Producción)

A) Fecha: _____ Acción: _____

Nombre y Título de la/las Persona(s) Responsable(s): _____

B) Fecha: _____ Acción: _____

Nombre y Título de la/las Persona(s) Responsable(s): _____

6. ¿Por qué cree usted que estas acciones fueron discriminatorias? Por favor agregue páginas adicionales si es necesario.

7. ¿Qué razón(es) le dieron a usted por esos actos que usted considera discriminatorios? ¿Quién le ofreció esa explicación?

¿Título de la persona(s)? _____

8. Identifique personas en su lugar de trabajo que estaban en la misma situación o una situación similar a la de usted y como fueron tratadas. Por ejemplo, ¿quién mas solicito el mismo trabajo que usted, quién tiene el mismo registro de asistencia, o quién tiene el mismo rendimiento laboral? Proporcione la raza, sexo, edad, origen nacional, religión, y/o incapacidad/discapacidad de esa(s) persona(s), si lo sabe, y si tienen alguna relación con su querrela/queja de discriminación. Por ejemplo, si su querrela/queja es discriminación por raza, proporcione la raza de cada persona, si su querrela/queja es sobre discriminación por sexo, proporcione el sexo de cada persona; y así sucesivamente. Agregue hojas adicionales si es necesario.

De las personas en la misma situación o una situación similar a la de usted, ¿quién fue tratado *mejor* que usted?

Nombre Completo Raza, sexo, edad, origen nacional, religión, o incapacidad/discapacidad Título Descripción

A. _____

B. _____

De las personas en la misma situación o una situación similar a la de usted, ¿quién fue tratado *peor* que usted?

Nombre Completo Raza, sexo, edad, origen nacional, religión, o incapacidad/discapacidad Título Descripción

A. _____

B. _____

De las personas en la misma situación o una situación similar a la de usted, ¿quién fue tratado *igual* que usted?

Nombre Completo Raza, sexo, edad, origen nacional, religión, o incapacidad/discapacidad Título Descripción

A. _____

B. _____

Responda a las preguntas 9-12 sólo si alega discriminación por incapacidad/discapacidad. Si no vaya directamente a la pregunta 13. Por favor díganos si tiene más de una incapacidad/discapacidad. Agregue hojas adicionales si es necesario.

9. Por favor, marque todas las que apliquen:

- Sí, tengo una incapacidad/discapacidad
- No tengo una incapacidad/discapacidad ahora pero tuve una
- No tengo una incapacidad/discapacidad pero la organización me trata como si fuera incapacitado(a)/discapacitado(a).

10. ¿Cuál es la incapacidad/discapacidad que usted cree es la razón por la acción adversa tomada en contra de usted? ¿Explique si esta incapacidad/discapacidad le previene o limita de hacer algo? (Ejemplos: levantar objetos, dormir, respirar, caminar, cuidarse a sí mismo, trabajar, etc.).

11. ¿Utiliza medicamento, equipo médico o cualquier otra cosa para disminuir o eliminar los síntomas de su incapacidad/discapacidad? Sí No

Si contesto que "sí", ¿que medicamento, equipo médico u otra asistencia usa?

12. ¿Le pidió usted a su empleador alguna ayuda o cambio para poder hacer su trabajo por razón de su incapacidad/discapacidad? Sí No

Si contesto que "sí", ¿qué fecha pidió la ayuda o el cambio? _____ ¿Cómo pidió la ayuda o el cambio (verbalmente o por escrito)? _____ ¿A quién le pidió la ayuda o el cambio? (Proporcione el nombre completo y el título de la persona) _____

Describe la ayuda o el cambio que pidió: _____

¿Como respondió su empleador a su petición? _____

13. ¿Hay testigos a los supuestos incidentes discriminatorios? Si la respuesta es que si, por favor identifíquelos abajo y díganos que van a decir. (Por favor agregue páginas adicionales si es necesario para completar su respuesta)

Nombre Titulo Dirección y Número de Teléfono ¿Que cree usted que esta persona nos va a decir?
A. _____

B. _____

14. ¿Ha presentado una querrela/queja previamente sobre este asunto con el EEOC o con otra agencia? Sí No

15. Si usted ha presentado una querrela/queja con otra agencia, proporcione el nombre de la agencia y la fecha de la querrela/queja: _____

16. ¿Ha buscado ayuda con un sindicato, abogado o cualquier otra organización o persona, con respeto a esta situación? Sí No

Proporcione el nombre de la organización, nombre de la persona con quién usted habló y la fecha del contacto. ¿Obtuvo resultados?

Por favor marque una de las opciones mencionadas abajo para decirnos que le gustaría que hiciéramos con la información que nos esta dando en este formulario. Si quiere presentar una querrela/queja de discriminación en el empleo, lo deberá de hacer dentro de 180 días del día que se entero del acto discriminatorio o dentro de 300 días del día que se entero del acto discriminatorio si el empleador esta localizado en un lugar donde una agencia del gobierno estatal o local aplica leyes similares a las leyes del EEOC. Si usted no presenta una querrela/queja dentro del límite de tiempo, usted perderá sus derechos. Si usted desea más información antes de decidir si quiere presentar una querrela/queja o esta preocupado(a) de que el EEOC notifique a su empleador, sindicato o agencia de empleo sobre su querrela/queja, usted debe de marcar la casilla Número 1. Si usted quiere presentar una querrela/queja, usted debe de marcar la casilla Número 2.

Casilla 1

Yo quiero hablar con un empleado del EEOC antes de decidir si quiero presentar una querrela/queja de discriminación. Yo entiendo que al escoger esta casilla, yo no he presentado una querrela/queja de discriminación con el EEOC. Yo también entiendo que puedo perder mis derechos si no presento una querrela/queja en este momento.

Casilla 2

Yo quiero presentar una querrela/queja de discriminación y autorizo al EEOC a investigar la queja de discriminación descrita previamente. Yo entiendo que el EEOC deberá de darle al empleador, sindicato o agencia de empleo al cual yo acuso de discriminación, información sobre mi querrela/queja, incluyendo mi nombre. Yo también entiendo que el EEOC solo puede aceptar querrelas/quejas de discriminación en el empleo basadas en raza, color, religión, sexo, origen nacional, incapacidad/discapacidad, edad, información genética o represalia por oposición a la discriminación.

Firma

Fecha de Hoy

DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Este formulario está cubierto por la Ley de Privacidad de 1974: Ley Pública 93-579. La autoridad para requerir datos personales y el uso del formulario son: 1) NÚMERO DE FORMULARIO/TÍTULO/FECHA: Formulario Preliminar EEOC (Español) (20/9/2008) [EEOC Intake Questionnaire (Spanish) (9/20/2008)]. 2) AUTORIDAD. 42 U.S.C. § 2000e-5(b), 29 U.S.C. § 211, 29 U.S.C § 626. 42 U.S.C. § 12117(a), 42 U.S.C. § 2000ff-6. 3) PROPOSITO PRINCIPAL: Este formulario propone solicitar información de acuerdo con los requisitos legales que otorgan intervención jurídica a la Comisión Para La Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC). La información proporcionada en este formulario será administrada por empleados de la Comisión para justipreciar ministerio, verificar los hechos alegados, y para proveer consejos apropiados antes de que una queja/querrela sea presentada. Consistente con los artículos 29 CFR 1601.12 (b) y 29 CFR 1626.8 (b) de las leyes citadas, la Comisión ha de considerarlo suficiente si este formulario constituye la única y oportuna declaración de alegaciones de discriminación en el empleo. 4) USOS RUTINARIOS: Con el propósito de cumplir las funciones de la Comisión, la información proporcionada en este formulario puede ser compartida con otras agencias estatales, municipales, o federales, y al notarse violación de leyes civiles o criminales. 5) PROPORCIONAR LA INFORMACIÓN ES VOLUNTARIO PERO LA NEGATIVA A PROPORCIONARLA PUEDE IMPEDIR LA INVESTIGACIÓN DE UNA QUERRELLA/QUEJA DE DISCRIMINACIÓN. No es obligatorio usar este formulario para proporcionar la información requerida.

Noviembre 2009