

Formulario de información de queja por discriminación

Utilice este formulario para presentar una queja por discriminación ante la División de Igualdad de Oportunidades de Desarrollo. La queja puede presentarse en contra de: un empleador público o privado al que usted fue remitido por el Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o en contra del Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York o de sus empleados, así como de los receptores de fondos federales de acuerdo con la Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés), por presunta discriminación en sus programas, servicios y actividades. Su nombre e información se mantendrán confidenciales en la medida en que la ley lo permita.

Para obtener más información visite: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> o llame al: (518) 457-9000 o (888) 469-7365. Las personas sordas, con problemas auditivos, sordociegas o con discapacidades del habla pueden llamar al Servicio de Retransmisión del Estado de Nueva York al (800) 662-1220, para TTY/TDD al 211 en la ciudad de NY o al 711 en otras partes del estado.

Instrucciones:

- Envíe por correo el formulario completo y firmado y los documentos adicionales a la dirección mencionada anteriormente.
Nota: La persona que realiza la queja o su representante (ver número 10), debe firmar y colocar la fecha en la página número 13.
- Si necesita ayuda para contestar este formulario, puede llamar a la DEOD al 518-457-1984.
NOTA: Las quejas de acuerdo con la Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral deben presentarse en un plazo de 180 días de la fecha en que ocurrió el incidente.

1. Información del quejoso (Persona que presenta la queja):

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

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Número de Seguro Social: ___ - ___ - _____ Teléfono particular: (____) _____ Teléfono del trabajo: (____) _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Usted es un empleado del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York? Sí No

2. Información del acusado (Agencia, empleador o empleado de quien usted se queja):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: ____ Código Postal: _____

Teléfono: (____) _____

3. ¿Cuál es el horario más conveniente para contactarlo por esta queja? _____ A.M. P.M.

4a – 4d. Describa brevemente su queja. Sea lo más claro posible. Si cree que fue discriminado, describa detalladamente de qué manera. Adjunte documentos adicionales, si es necesario. También, adjunte material escrito relatando su caso.

4a. ¿Qué sucedió? Indique dónde sucedió.

Empleador/Programa de Igualdad de Oportunidades

Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles sin costo alguno para las personas con discapacidades que los soliciten.

4b. ¿Quién estuvo involucrado? Incluya testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros. Proporcione nombre, dirección y número de teléfono, si lo sabe.

4c. ¿Cuándo sucedió, en qué fecha? _____

4d. ¿De qué manera fue tratado de manera diferente?

5. ¿Cómo le gustaría que se resuelva esta queja?

6. ¿Le ofrecieron servicios de empleo? Sí No

7. ¿Usted siente que fue discriminado? Sí (Si la respuesta es "Sí", complete los números 1 a 13)
 No (Si la respuesta es "No", salte al número 13)

8. ¿De qué manera fue discriminado? Verifique todas las que correspondan e ingrese la información solicitada.

<input type="checkbox"/> Raza (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Predisposición genética y estado de portador (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Color (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Estado de veterano (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Religión (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Edad (Ingrese fecha de nacimiento): _____
<input type="checkbox"/> Nacionalidad (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Orientación sexual: _____
<input type="checkbox"/> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> X	<input type="checkbox"/> Afiliación política (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Antecedentes criminales (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Víctima de violencia doméstica: _____
<input type="checkbox"/> Discapacidad (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Ataque/represalias (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Estado civil (especifique): _____	<input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____
<input type="checkbox"/> Ciudadanía (especifique): _____	
<input type="checkbox"/> Acoso sexual: _____	

9. ¿Por qué piensa que sucedió esto? _____

10. ¿Cuenta con un abogado u otro representante para esta queja? Sí No

Si la respuesta es "Sí", ingrese sus datos a continuación:

Nombre: _____ Teléfono: (____) _____

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

Empleador/Programa de Igualdad de Oportunidades

Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles sin costo alguno para las personas con discapacidades que los soliciten.

11. ¿Ha presentado un caso o una queja sobre este incidente ante algunas de las siguientes entidades?

- Departamento de Justicia de Estados Unidos, División de Derechos Civiles
- Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, División de Igualdad de Oportunidades de Desarrollo
- Comisión de Igualdad de Oportunidades de Empleo de Estados Unidos
- División de Derechos Humanos del estado de Nueva York
- Departamento de Trabajo de Estados Unidos, Centro de Derechos Civiles
- Tribunal Federal o Estatal
- Otro: _____

12. Para cada agencia verificada en el número 11, ingrese la siguiente información:

Agencia: _____
 Fecha en que se presentó: _____
 Número de caso o expediente: _____
 Fecha de audiencia: _____
 Ubicación de agencia o tribunal: _____
 Nombre del investigador: _____
 Estado del caso: _____
 Comentarios: _____

Agencia: _____
 Fecha en que se presentó: _____
 Número de caso o expediente: _____
 Fecha de audiencia: _____
 Ubicación de agencia o tribunal: _____
 Nombre del investigador: _____
 Estado del caso: _____
 Comentarios: _____

Agencia: _____
 Fecha en que se presentó: _____
 Número de caso o expediente: _____
 Fecha de audiencia: _____
 Ubicación de agencia o tribunal: _____
 Nombre del investigador: _____
 Estado del caso: _____
 Comentarios: _____

Agencia: _____
 Fecha en que se presentó: _____
 Número de caso o expediente: _____
 Fecha de audiencia: _____
 Ubicación de agencia o tribunal: _____
 Nombre del investigador: _____
 Estado del caso: _____
 Comentarios: _____

13. **Certifico** que la información mencionada es verdadera y precisa a mi leal entender.

Autorizo la divulgación de esta información a organismos de ejecución para la investigación de mi queja.

Entiendo que mi identidad se mantendrá confidencial en la medida de lo posible acorde con la(s) ley(es) aplicable(s).

Firma del quejoso o representante (ver número 10):

_____ Fecha: _____

Empleador/Programa de Igualdad de Oportunidades

Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles sin costo alguno para las personas con discapacidades que los soliciten.

Este es el final del formulario de queja. No escriba debajo de esta línea.

----- Solo para el personal del Departamento de Trabajo del estado de Nueva York -----

A. Tipo de queja. Marque todas las que correspondan. Salario vinculado Pesticidas Trabajo infantil
 Salud/Seguridad Condiciones laborales Vivienda Discriminación Otro: _____

B. ¿Relacionado con el servicio de empleo? Sí No

Si la respuesta es "Sí," Número de Orden de Trabajo: _____

¿Contra el servicio de empleo? ¿Contra el empleador? ¿Alegó violación de las normas del servicio de empleo?
 ¿Alegó violación de las leyes de empleo?

¿Trabajadores Agrícolas Migrantes y Temporales (MSFW, por sus siglas en inglés) con quejas referentes a las leyes aplicadas por las leyes de trabajo del estado de Nueva York u OSHA?

C. ¿MSFW? Sí No

D. ¿Empleador fuera del estado? Sí No

E. ¿Empleador de H-2A/Criterios? Trabajador local de E.E. U.U. Trabajador H-2A Salarios

Vivienda Transporte Comidas Otro (especifique): _____

F. Remitido a: Funcionario de igualdad de oportunidades del estado de NY ESA OSHA

Defensor supervisor del estado de NY

Leyes laborales del estado de Nueva York Otro: Si la respuesta es "Otro," ingrese la siguiente información:

Nombre de la agencia: _____ Teléfono: (____) _____

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

G. ¿Seguimiento? Sí No Si la respuesta es "Sí," Mensual Quincenal Fecha de seguimiento: _____

Comentarios: _____

Queja recibida por: _____ Título: _____

Oficina: _____ Teléfono: (____) _____

Firma: _____ Fecha: _____

----- Solo para el personal del Departamento de Trabajo de Estados Unidos -----

H. **Número de caso:** _____

CIF recibido por CRC: Aceptado No aceptado

Comentarios: _____

Recibido por: _____ Fecha: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Empleador/Programa de Igualdad de Oportunidades

Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles sin costo alguno para las personas con discapacidades que los soliciten.