



Formulario de queja, incluidas las quejas sobre discriminación

Utilice este formulario para presentar una queja, incluidas las quejas por discriminación ante la División de Igualdad de Oportunidades de Desarrollo. La queja puede ser contra un empleador público o privado, empleado, compañía o agencia, incluido el Departamento de Trabajo del estado de Nueva York u otras personas o entidades. 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: (518) 457-9000 o (888) 469-7365. Los usuarios de TTY/TTD deben llamar al (800) 662-1220. Las personas con discapacidades pueden utilizar los servicios de relevo del estado de Nueva York.

En Nueva York, marque 211; en todas las otras partes del estado, marque 711.

Instrucciones: Usted debe presentar su queja contra los beneficiarios de la Ley de Inversión y Oportunidad en la Fuerza Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés) dentro de los 180 días de sucedido el incidente. Sin embargo, la Ley de Derechos Humanos indica que se puede presentar una queja dentro del año desde la fecha del hecho”.

- Para todas las quejas, complete del número 1 al 7 y el número 13.
- Si siente que ha sido discriminado, complete desde el número 1 al 13.
- 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 es necesario, la persona que tramita su queja lo ayudará a completar el formulario.

1. Información del denunciante (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 demandado (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

Tenemos apoyos y servicios auxiliares disponibles 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: _____
Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<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
Tenemos apoyos y servicios auxiliares disponibles 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 demandante o representante (ver número 10): _____

Fecha: _____

Empleador/Programa de Igualdad de Oportunidades
Tenemos apoyos y servicios auxiliares disponibles para las personas con discapacidades que los soliciten.

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

----- For New York State Department of Labor Staff Only -----

A. Type of complaint. Check all that apply: Wage related Pesticides Child labor Health/Safety
 Working conditions Housing Discrimination Other: _____

B. ES related? Yes No If "Yes," Job Order Number: _____
 Against employment service? Against employer? Alleged violation of ES regulations?
 Alleged violation of employment laws?
 MSFW with complaint concerning laws enforced by NYS Labor Standards or OSHA?

C. MSFW? Yes No

D. Out of state employer? Yes No

E. H-2A/Criteria employer? US domestic worker H-2A worker Wages Housing
 Transportation Meals Other (specify): _____

F. Referred to: NYS EO Officer ESA OSHA NYS Monitor Advocate
 NYS Labor Standards Other: If "Other," enter the following information:
Agency name: _____ Phone: (____) _____
Address: _____ City: _____ State: ____ Zip: _____

G. Follow up? Yes No If "Yes," Monthly Quarterly Follow up date: _____
Comments: _____

Complaint received by: _____ Title: _____
Office: _____ Phone: (____) _____
Signature: _____ Date: _____

----- For United States Department of Labor Staff Only -----

H. Case Number: _____

CIF received by CRC: Accepted Not accepted

Comments: _____

Received by: _____ Date: _____
Signature: _____ Date: _____

Employador/Programa de Igualdad de Oportunidades

Tenemos apoyos y servicios auxiliares disponibles para las personas con discapacidades que los soliciten.