

WE ARE YOUR DOL



Department
of Labor

Formulario de información de demandas del cliente

Número de demanda:

Instrucciones: Si tiene una demanda, complete este formulario y envíelo al personal del Centro de Desarrollo Profesional. Si esta es una demanda por discriminación, debe presentar este formulario al funcionario de la División de Desarrollo de Igualdad de Oportunidades del Centro de Desarrollo Profesional o enviarlo a la siguiente dirección: **New York State Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, Room 540, Albany, NY 12226**. Si fuera necesario, adjunte páginas adicionales y cualquier documento relacionado con su demanda.

1. Demandante (complete con su información)

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Dirección alternativa (si corresponde) _____

Número del Seguro Social (opcional) _____ Teléfono del hogar (_____) _____ Teléfono alternativo (_____) _____

Dirección de correo electrónico _____

¿Cuáles son el momento y el método más convenientes para que nos comuniquemos con usted con respecto a esta demanda?

Doy mi consentimiento para compartir la información con respecto a esta demanda a: (indique el/los nombre/s de los miembros familiares, amigos, etc., que pueden recibir la información con respecto a su demanda) _____

2. Demandado (complete la información con respecto al sujeto de su demanda)

Agencia, negocio o empleado contra el que realiza la demanda: _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono (_____) _____

2a. ¿El demandado es un Centro de Desarrollo Profesional? Sí No

Si la respuesta es sí, esta demanda está relacionada con Capacitación Servicio al cliente Otro _____

2b. ¿El demandado es un negocio? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿el personal del Centro de Desarrollo Profesional lo derivó a ese negocio?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____

2c. ¿El demandado es una granja? Sí No

2d. ¿Con qué se relaciona su demanda? (marque todas las opciones que correspondan)

Salarios/falta de pago de salarios Trabajo de menores Salud y seguridad

Condiciones de trabajo Vivienda Transporte

Comidas Pesticidas Otras _____

2e. ¿Su demanda está relacionada con la discriminación? Sí No

3. Describa brevemente su demanda. Sea lo más claro posible. Si cree que lo discriminaron, describa en detalle cómo ocurrió.

a. ¿Qué sucedió? _____

b. ¿Quién estuvo involucrado? (Testigos, empleados, supervisores, etc.) Proporcione el nombre, la dirección y el número de teléfono, si lo sabe.

c. ¿Cuándo y dónde ocurrió? (incluya la fecha) _____

d. Si cree que se lo trató de manera diferente, describa cómo. _____

4. ¿Le ofrecieron servicios de empleo? Sí No

5. ¿Cómo le gustaría que se resuelva esta demanda? _____

Si esta es una demanda por discriminación, complete los números del 6 al 10. Si esta no es una demanda por discriminación, diríjase al número 11.

6. Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raza (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Color de la piel (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Religión (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Origen nacional (especifique) _____ |
| Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Antecedentes de arrestos y condenas (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Estado civil (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ciudadanía (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Predisposición genética y estado de portador (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Acoso sexual _____ | <input type="checkbox"/> Estado de veterano (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Edad (especifique la fecha de nacimiento) ____/____/____ | <input type="checkbox"/> Orientación sexual _____ |
| <input type="checkbox"/> Afiliación política (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Víctima de violencia doméstica _____ |
| <input type="checkbox"/> Represalia o venganza (especifique) _____ | <input type="checkbox"/> Otros (especifique) _____ |

7. ¿Por qué cree que ocurrieron estos eventos? _____

8. ¿Tiene algún abogado u otro representante para esta demanda? Sí No Si la respuesta es "Sí", complete lo siguiente:
Nombre _____ Teléfono (____) _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

9. ¿Ha presentado una denuncia o una demanda sobre este incidente ante alguno de los siguientes organismos?
 Departamento de Justicia de los Estados Unidos, División de Derechos Civiles
 Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, División de Desarrollo de Igualdad de Oportunidades
 Comisión para la Igualdad de Oportunidades de Empleo de los Estados Unidos
 División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York
 Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Centro de Derechos Civiles
 Tribunal federal o estatal
 Otro _____

10. Para cada organismo señalado en el número 9, complete la siguiente información:

Organismo _____	Organismo _____
Fecha en la que presentó la demanda ____/____/____	Fecha en la que presentó la demanda ____/____/____
N° de caso o expediente _____	N° de caso o expediente _____
Fecha del juicio o de la audiencia _____	Fecha del juicio o de la audiencia _____
Ubicación del organismo o del tribunal _____	Ubicación del organismo o del tribunal _____
Nombre del investigador _____	Nombre del investigador _____
Estado del caso _____	Estado del caso _____
Comentarios _____	Comentarios _____

11. Certifico que la información suministrada anteriormente, a mi mejor saber y entender, es verdadera y exacta. Autorizo la divulgación de esta información a los organismos de cumplimiento de la ley para la investigación adecuada de mi demanda. Comprendo que se mantendrá la confidencialidad de mi identidad en la medida de lo posible, conforme a las leyes vigentes y a una resolución imparcial de mi demanda.

Firma del demandante _____
Fecha

Personal que recibió la demanda _____
(Nombre en letra de molde) _____
Firma _____
Fecha

Centro de Desarrollo Profesional _____ Teléfono (____) _____