



1. Información sobre el querellante
Indique su nombre y dirección
Teléfono
Residencia (Area) (Número)
Trabajo (Area) (Número)
Seguro Social: (esta información es voluntaria)

2. Información sobre el demandado
Indique nombre y dirección de la Agencia contra quien usted se queja
Teléfono
(Area) (Número)

3. ¿Cuál es el lugar y la hora mas conveniente para comunicarnos con usted?

4. Según usted recuerda, ¿ en qué fecha(s) ocurrió la acción discriminatoria?
Primera vez Fecha más reciente

5. ¿Ha intentado usted solucionar su queja a nivel local?
a. ¿Le han provisto con una decisión final sobre su queja? Fecha de la decisión final
b. ¿Han transcurrido 90 dias desde que usted sometió o intentó someter su queja? Fecha en que sometió o intentó someter su queja

6. Explique brevemente y con claridad que ocurrió y como se discriminó contra usted. Indique las personas que estuvieron envueltas en estos incidentes de discriminación. Asegúrese de indicar de qué manera otras personas han sido tratadas diferente a usted.

7. A su entender, cual de los siguientes programas está relacionado con su queja?
WIA (Ley de Inversión en la Fuerza Trabajadora)
Job Corps
Servicio de empleo (Job Service)
Jovenes (Youth)
Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance)
Welfare to Work (Bienestar al Trabajo)
Aprendizaje (Apprenticeship)
Envejecientes (Older Americans)
Seguridad y Salud en las Minas (MSHA)
Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA)
New directions
WIN
Trabajadores Desplazados (Displaced Worker)
Otra: Especifique

* Al nivel local estos programas generalmente se conocen por otro nombre.

8. Base para queja: en su opinión, ¿por cual de las siguientes razones cree usted que ocurrió la discriminación contra usted?
Raza: Especifique
Color: Especifique
Religión: Especifique
Origen Nacional: Especifique

Sexo: Masculino Femenino
Edad: Especifique fecha de nacimiento
Incapacidad física o mental: Especifique
Afilación politica: Especifique
Ciudadania: Especifique
Represalia/intimidación
Otra: Especifique

9. Cree usted que la acción discriminatoria estuvo relacionada con (Escoja una)
Su trabajo o diligencias para conseguir empleo
El uso de las facilidades o alguien proveyendo/no proveyéndole a usted servicios o beneficios
Si es asi, cual de las siguientes situaciones están envueltas:
Empleo
Transición
Salario/Sueldo
Clasificación
Promoción
Adiestramiento
Transferencia/Reasignación
Credenciales/Exámenes
Procesamiento de queja
Despido/Suspensión
Reinstalar
Antigüedad
Represalia/Intimidación
Hostigamiento
Acceso/Acomodo
Actividades de la unión
Solicitud
Registro/Matricula
Referimiento
Exclusión
Asignación

<p>For DOL Use Only</p> <p>CIF received by CRC _____ Accepted _____ Not Accepted _____ Case Number _____</p> <p>By _____ Date _____</p>	<p>___ Beneficios</p> <p>___ Evaluación</p> <p>___ Acción disciplinaria/Reprimenda</p> <p>___ Otra: Especifique _____</p>
<p>10. ¿Por qué cree usted que aconteció esta(s) acción(es) discriminatoria?</p>	<p>14. ¿Tiene usted un abogado?</p> <p>___ SI ___ NO</p> <p>Si tiene, indique el nombre, dirección y teléfono:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>15. ¿Ha sometido usted una queja con alguna las siguientes entidades?</p> <p>___ División de Derechos Civiles, Departamento de Justicia (Civil Rights Division, U.S. Dept. of Justice)</p> <p>___ Comisión de igualdad de Oportunidad de Empleo (U.S. Equal Employment Opportunity Commission)</p> <p>___ Corte Estatal o Federal (Federal or State Court)</p> <p>___ Comisión Estatal de Derechos/ Relaciones Humanas (State Civil Rights or Human Rights Commission)</p>
<p>11. ¿Qué otra información cree usted nos ayudaría en la investigación de su queja?</p>	<p>16. Para cada entidad identifica en el # 15 arriba provea la siguiente información:</p> <p>Agencia: _____</p> <p>Fecha en que se sometió la queja: _____</p> <p>Número asignado a la queja: _____</p> <p>Fecha del juicio o vista: _____</p> <p>Localización de agencia o corte: _____</p> <p>_____</p> <p>Nombre del investigador: _____</p> <p>"Status" del caso (condición legal): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Comentarios: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>.....</p> <p>Agencia: _____</p>
<p>12. ¿Que remedios satisfacciones desea usted para considerar solucionada su queja?</p>	<p>Nombre del investigador: _____</p> <p>"Status" del caso (condición legal): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Comentarios: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>.....</p> <p>Agencia: _____</p>
<p>13. Indique las personas testigos compañeros de trabajo supervisores o otras con quienes debemos comunicarnos para obtener mas información sobre su queja</p> <p>Nombre Dirección Teléfono _____</p>	<p>Fecha en que se sometió la queja: _____</p> <p>Número asignado a la queja: _____</p> <p>Fecha del juicio o vista: _____</p> <p>Localización de agencia o corte: _____</p> <p>_____</p> <p>Nombre del investigador: _____</p> <p>"Status" del caso (condición legal): _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Comentarios: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>Firma (ESTA QUEJA NO ES VALIDA SIN SU FIRMA) _____</p> <p>Fecha _____</p>	<p>Comentarios: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>