Formulario de queja por discriminación de Washington

Lea atentamente el formulario. **Escriba en letra de molde o imprima sus respuestas.** Responda cada pregunta lo más completamente posible. Si no puede incluir toda su respuesta en el espacio de este formulario, puede agregar más páginas.

Si una pregunta o campo tiene un asterisco (*) al lado, usted tiene que responder esa pregunta. No es necesario que responda las otras preguntas, pero si lo hace, nos ayudará a procesar su queja. Si no sabe la respuesta a una pregunta, coloque “no lo sé” en el espacio para la respuesta. Si la pregunta no se aplica a su caso, escriba "n/a".

***1. ¿Es usted el denunciante o el representante del denunciante?** Marque la casilla correcta.

☐Denunciante ☐Representante

2. Proporcione su nombre e información de contacto a continuación.** ***Si usted es un representante del denunciante, proporcione el nombre del denunciante y la información de contacto en esta sección, y su nombre e información de contacto en la sección 2A.

Nombre del denunciante:

Calle o dirección postal, ciudad, estado, código postal:

Número(s) telefónico(s):

Dirección de correo electrónico:

****2A. Si usted es el representante del denunciante, proporcione su nombre e información de contacto en esta sección y adjunte una carta u otro documento firmado por el denunciante, donde le autorice a actuar como representante del denunciante.***

Nombre del representante:

Organización del representante (si corresponde):

Calle o dirección postal, ciudad, estado, código postal:

Número(s) telefónico(s):

Dirección de correo electrónico:

Para el resto de las preguntas presentadas en este formulario, "usted" se refiere al denunciante y no al representante o persona que este ayudando al denunciante. Por favor, proporcione las respuestas que el denunciante proporcionaría si estuviera completando el formulario.

***3. Esta queja por discriminación se trata de algo que le sucedió a (marque la casilla correspondiente):**

☐ Solamente a mí ☐ A mí y otras personas ☐ Otras personas, pero no a mí

Yo soy un(a): ☐ Cliente ☐ Empleado(a) ☐ Solicitante de empleo

***4. Proporcione el nombre del Centro de WorkSource, el proveedor de servicios o la organización de la que se queja. Si tiene alguna información de contacto del Centro de WorkSource, el proveedor de servicios u organización, también proporcione esa información.**

Nombre de la oficina u organización:

Calle o dirección postal, ciudad, estado, código postal:

Número(s) telefónico(s):

Dirección de correo electrónico:

***5. ¿Qué programa estuvo involucrado en la discriminación de la que se queja?** Si no sabe el nombre del programa, y su queja por discriminación no involucra a un Centro de WorkSource o un proveedor de servicios, marque “No sé”.

☐ Servicio de empleo

☐ Programa de trabajadores agrícolas migrantes y de temporada

☐ Programa de Asistencia por Ajuste Comercial

☐ Programa de beneficios del seguro por desempleo

☐ Programa de la Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral (Trabajador desplazado, adulto, joven)

☐ Otro (¿Qué programa?)

☐ No sé

***6. ¿Qué persona(s), si lo sabe, en el Centro de WorkSource, proveedor de servicios u organización que proporcionó en la pregunta 4 estuvo involucrada en la presunta discriminación?** Si necesita más espacio para enumerar a todas las personas, adjunte más páginas a este formulario.

Nombre de la persona:

Puesto de trabajo:

Número de teléfono:

Nombre de la persona:

Puesto de trabajo:

Número de teléfono:

Nombre de la persona:

Puesto de trabajo:

Número de teléfono:

Nombre de la persona:

Puesto de trabajo:

Número de teléfono:

***7. ¿Cuál cree que fue el *fundamento* (razón) de la presunta discriminación?** Marque las casillas junto a todos los fundamentos (razones) que cree que estuvieron involucrados en la presunta discriminación y responda cualquier otra pregunta que acompañe a esa casilla.

☐ **Por mi discapacidad** (marque una de las siguientes tres casillas).

☐ Tengo una discapacidad (que puede estar activa o inactiva en este momento).

¿Qué discapacidad tiene?

☐ Tengo un historial de una discapacidad.

¿Cuál era la discapacidad que tenía?

☐ No tengo una discapacidad, pero la organización o el programa me trata como si estuviera discapacitado.

☐ **Por mi país de origen** (responda las preguntas a continuación).

¿Es hispano(a) o latino(a)? Marque una casilla. ☐ Sí ☐ No

¿Cuál es su país de origen (el país de donde vinieron usted, sus padres, sus abuelos o sus antepasados)?

☐ **Por mi dominio limitado del inglés.** ¿En qué idioma se siente más cómodo comunicándose?

☐ **Por mi raza** (marque todas las que correspondan).

- ☐ Nativo americano o nativo de Alaska
- ☐ Asiático
- ☐ Afroamericano
- ☐ Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico
- ☐ Blanco o caucásico

☐ **Por mi color.** ¿Cuál es su color?

☐ **Por mi sexo.** ¿Cuál es su sexo?

☐ **Por mi identidad de género.** ¿Cuál es su identidad de género?

☐ **Por mi estado transgénero.**

☐ **Por los estereotipos sexuales.**

☐ **Por mi embarazo y afecciones médicas relacionadas.**

☐ **Por el parto y afecciones médicas relacionadas.**

☐ **Por mi religión.** ¿Cuál es su religión?

☐ **Por mi edad.** ¿Cuál es su fecha de nacimiento?

☐ **Por mi afiliación política o creencias políticas.** ¿Cuál es su afiliación política o creencias políticas?

☐ **Por mi ciudadanía.** ¿Cuál es su ciudadanía?

☐ **Por mi participación en un programa que recibe ayuda financiera federal.** Nombre el programa:

☐ **Tomaron represalias en mi contra** porque me quejé de discriminación, o porque di una declaración o estuve involucrado de alguna otra manera con la queja por discriminación de otra persona.

8 Para cada uno de los fundamentos (razones de discriminación) que marcó anteriormente, explique qué sucedió, cómo le perjudicó a usted (o a alguien más) lo que sucedió y cómo o por qué cree que lo que sucedió se debió a la discriminación.** Por ejemplo, si marcó "Por mi raza", enumere los hechos que crea que expliquen ***cómo o por qué cree que lo que sucedió es debido a su raza o a la de las personas que resultaron perjudicadas.

Si trataron a otras personas o grupos de forma diferente a usted, describa a quienes trataron de forma diferente, cómo se les trató de forma diferente y cómo el trato diferente lo perjudicó a usted (o a las otras personas que cree que discriminaron). Sea específico y breve. Proporcione el nombre(s) y la información de contacto de cualquiera de las personas involucradas, si lo sabe.

Si su respuesta no cabe en el espacio a continuación, utilice más páginas para terminar su respuesta y adjunte esas páginas a este formulario.

***9. ¿En qué fecha(s) sucedió la presunta discriminación?**

Fecha del primer acto:

Fecha del acto más reciente:

Si la fecha del presunto acto de discriminación más reciente fue hace más de 180 días, explique por qué no presentó una queja por discriminación antes.

10. Enumere a continuación cualquier otra persona (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros), si lo sabe, a quienes aún no ha nombrado y con los que debemos comunicarnos para obtener información sobre su queja por discriminación. Adjunte más páginas si necesita más espacio para esta información.

Nombre de persona:

Relación con el caso (testigo, compañero de trabajo, etc.):

Número(s) de teléfono y/o dirección(es) de correo electrónico:

Nombre de persona:

Relación con el caso (testigo, compañero de trabajo, etc.):

Número(s) de teléfono y/o dirección(es) de correo electrónico:

Nombre de persona:

Relación con el caso (testigo, compañero de trabajo, etc.):

Número(s) de teléfono y/o dirección(es) de correo electrónico:

11. ¿Qué soluciones estás pidiendo? Por ejemplo, recibir beneficios o capacitación que no recibió, cambios en las políticas, etc. *TENGA EN CUENTA: Las leyes que el Centro de Derechos Civiles hace cumplir no permiten la indemnización por daños y perjuicios. Solo se puede otorgar dinero para compensar a las víctimas de discriminación por pérdidas reales.*

***12. ¿Ha presentado una queja por escrito con alguien más, como la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC, por sus siglas en inglés), la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington (HRC, por sus siglas en inglés) o el Centro de Derechos Civiles del Departamento de Trabajo de los Estados Unidos (CRC, por sus siglas en inglés) sobre los mismos eventos o actos que describe en este formulario?** Si es así, responda estas preguntas lo mejor que pueda sobre cada organización en la que presentó una queja por escrito.

¿Dónde presentó su queja?

¿Cuándo presentó su queja?

Nombre e información de contacto de la persona que está trabajando en su queja, si lo sabe:

¿El lugar donde presentó su primera queja por escrito le ha dado una decisión final sobre la queja? **Si es así, ¿cuál fue la fecha de la decisión final?** **¿La decisión se hizo por escrito?** Incluya copias de decisiones escritas, despidos o cartas de derecho a demandar, u otras respuestas por escrito a su queja que haya recibido.
***13. Firme y ponga la fecha en este formulario en el espacio correspondiente a continuación.**

Firma del denunciante:	**Fecha:**
Firma del representante del denunciante:	**Fecha:**

Envíe su queja por correo postal o electrónico a:

Debbie Lean
WorkForce Central
3640 S. Cedar St., Suite E
Tacoma, WA 98409
dlean@workforce-central.org
253-414-0141, Washington Relay Service 711

o

State-Level Equal Opportunity Officer
Teresa Eckstein
Employment Security Department
PO Box 9046
Olympia, WA 98507-9046
esdgpeo@esd.wa.gov
855-536-5598, Washington Relay Service 711

o

The Director, Civil Rights Center (CRC)
U.S. Department of Labor
200 Constitution Avenue NW, Room N–4123
Washington, DC 20210

o electrónicamente como se indica en el sitio web del Centro de derechos civiles en www.dol.gov/crc.

Si presenta su queja tanto al Centro de derechos civiles (CRC, por sus siglas en inglés) como al Oficial de Igualdad de Oportunidades Local o el Oficial de Igualdad de Oportunidades a Nivel Estatal, los Oficiales de Igualdad de Oportunidades tienen 90 días calendario para procesar la queja por discriminación y el CRC no investigará la queja hasta que el período de 90 días calendario haya expirado.