

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, 1220 Washington Ave., 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.

Raza (especifique) _____

Religión (especifique) _____

Sexo Masculino Femenino

Discapacidad (especifique) _____

Ciudadanía (especifique) _____

Acoso sexual _____

Edad (especifique la fecha de nacimiento)

____ / ____ / _____

Afiliación política (especifique)

Represalia o venganza (especifique)

Color de la piel (especifique) _____

Origen nacional (especifique) _____

Antecedentes de arrestos y condenas

(especifique) _____

Estado civil (especifique) _____

Predisposición genética y estado de portador

(especifique) _____

Estado de veterano (especifique) _____

Orientación sexual _____

Víctima de violencia doméstica _____

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

Otro _____

División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York

Departamento de Trabajo de los Estados Unidos, Centro de Derechos Civiles

Tribunal federal o estatal

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

Organismo: _____

Fecha en la que presentó la demanda:

____ / ____ / ____

N° de caso o expediente: _____

Fecha del juicio o de la audiencia:

____ / ____ / ____

Ubicación del organismo o del tribunal:

Nombre del investigador: _____

Estado del caso: _____

Comentarios:

Organismo: _____

Fecha en la que presentó la demanda:

____ / ____ / ____

N° de caso o expediente: _____

Fecha del juicio o de la audiencia:

____ / ____ / ____

Ubicación del organismo o del tribunal:

Nombre del investigador: _____

Estado del caso: _____

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: (____) ____ - _____