

Formulario de información de queja por discriminación

Utilice este formulario para presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Diversidad, Equidad, Inclusión y Accesibilidad. La queja puede ser contra: un empleador público o privado al que usted fue remitido por el Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York, o contra el Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York o sus empleados, y los beneficiarios de fondos federales en virtud de la Ley de Innovación y Oportunidad Laboral (WIOA) por denuncias de discriminación en relación con sus programas, servicios y actividades. Su nombre e información se mantendrán confidenciales en la medida en que lo permita la ley.

Para obtener más información visite: <https://dol.ny.gov/equal-opportunity> o llame al: (518) 457-9000 o (888) 469-7365. Las personas sordas, con problemas auditivos, sordociegas o con discapacidades del habla pueden llamar al Servicio de Retransmisión del Estado de Nueva York al (800) 662-1220, para TTY/TDD al 211 en la ciudad de NY o al 711 en otras partes del estado.

Instrucciones:

- 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 necesita ayuda para contestar este formulario, puede llamar a la DEOD al 518-457-1984. NOTA: Las quejas de acuerdo con la Ley de Innovación y Oportunidades para la Fuerza Laboral deben presentarse en un plazo de 180 días de la fecha en que ocurrió el incidente.

1. Información del quejoso (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 acusado (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.

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.

Raza (especifique): _____

Color (especifique): _____

Religión (especifique): _____

Nacionalidad (especifique): _____

Sexo: Masculino Femenino X

Antecedentes criminales (especifique): _____

Discapacidad (especifique): _____

Estado civil (especifique): _____

Ciudadanía (especifique): _____

Otro (especifique): _____

Acoso sexual: _____

Predisposición genética y estado de portador (especifique): _____

Estado de veterano (especifique): _____

Edad (Ingrese fecha de nacimiento):

____ / ____ / ____

Orientación sexual: _____

Afiliación política (especifique): _____

Víctima de violencia doméstica: _____

Ataque/represalias (especifique): _____

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: _____

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, Oficina de Diversidad, Equidad, Inclusión y Accesibilidad

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: _____

Complaint Number:

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 quejoso o representante (ver número 10):

_____ Fecha: ____ / ____ / ____

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

El Departamento de Trabajo del Estado de Nueva York es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades.
Hay asistentes y servicios disponibles, a solicitud y sin costo alguno, para las personas con discapacidades
TTY/TDD 711 o 1-800-662-1220 (inglés) / 1-877-662-4886.

----- 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 -----

Case Number: _____

- H.** CIF received by CRC: Accepted Not accepted
Comments:

Received by: _____ Date: ____ / ____ / ____
Signature: _____ Date: ____ / ____ / ____