



**COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL
ESTADO DE WASHINGTON
CUESTIONARIO PRELIMINAR POR
DISCRIMINACION EN EL EMPLEO**
Teléfono: (360) 753-6770 | FAX: (360) 586-2282
Línea Telefónica Gratuita: 1-800-233-3247

PARA USO OFICIAL
Solicitud:
Fecha:
Revisado:

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington no tiene jurisdicción sobre: empleadores con menos de 8 empleados, las tribus de los Nativos Americanos, el gobierno federal, los empleadores religiosos, o las quejas en las cuales el acto discriminatorio ocurrió fuera del estado de Washington.

El estatuto de limitaciones para presentar la queja es 6 meses a partir la fecha del daño.

A menos que sea una queja de:

Represalia de denunciantes de empleados estatales - debe presentar la queja dentro de los 2 años a partir de la fecha del daño

Embarazo: debe presentar la queja dentro de 1 año partir de la fecha del daño

Su queja no será aceptada para investigación, si corresponde a una de las excepciones anteriores, o si no cumple con los requisitos jurisdiccionales de la ley RCW 49.60. Debe presentar un cargo de discriminación laboral dentro de los 6 meses a partir de la fecha de la supuesta acta de discriminación.

**ESTE FORMULARIO NO SIGNIFICA QUE ES UNA DEMANDA FORMAL.
ES EL PRIMER PASO PARA HACER LA DEMANDA.**

Si necesita una acomodación razonable para llenar este formulario, por favor póngase en contacto con nosotros al 1-800-233-3247 o por correo electrónico al frontdesk@hum.wa.gov.

**Regrese el Formulario a:
Washington State Human Rights Commission
711 S. Capitol Way, Suite 402 / PO BOX 42490
Olympia, WA 98504-2490**

NO ACEPTAMOS CONSULTAS INCOMPLETAS

MARQUE AQUÍ SI YA HA PRESENTADO SU QUEJA CON OTRA AGENCIA

INFORMACION PERSONAL

Nombre: Apellido:

Numero de Casa: Numero de Celular:

Correo Electrónico: Sexo/genero:

Dirección: Depto./Unidad #:

Ciudad: Condado: Estado: Código Postal:

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted?

¿Cuáles son los mejores días y horarios para contactarlos?

¿QUIEN CREE QUE HA DISCRIMINADO EN CONTRA DE USTED?

- Empleado Unión / Sindicato Agencia de Empleo Otra Organización

Nombre de la Organización:

Proporcione la dirección del lugar donde trabaja o trabajaba o aplico al trabajo:

Dirección física: Suite:

Ciudad: Condado: Estado: Código Postal:

Dirección de envío (si es diferente a la dirección anterior):

Dirección de envío: Suite:

Ciudad: Condado: Estado: Código Postal:

Nombre del Director de Recursos Humanos o Propietario:

Correo Electrónico: Número de Teléfono:

¿Cuántos empleados (estimados) tiene la organización en todas las ubicaciones? Marque uno:

- Menos de 8 8-14 15-100 101-200 201-500 500 +

¿PORQUE CREE QUE FUE DISCRIMINADO?

Edad (mas de 40) - Su edad en el momento del acto discriminatorio:

Raza - Color (de su piel) -

Origen Nacional - Religión/ Credo -

Estado de VIH / Hepatitis C Estado Civil

Sexo (incluye embarazo) Estatus de Veterano

Orientación sexual / Identidad de Género Estado de ciudadanía / inmigración

Discapacidad - Marque lo que corresponda:

Tengo una discapacidad. - La discapacidad es:

Tuve una discapacidad en el pasado.

No tengo una discapacidad, pero me tratan como si tuviera una discapacidad.

¿Su empleador sabía sobre su condición? Si No

¿Como supieron?

Represalias de denunciantes **de empleados estatales** / Otras represalias denunciantes

¿Ha presentado una queja de denunciante ante otra agencia?

¿Cuando? ¿Cuál fue el problema?

Represalia - Marque todo lo que aplique

Presenté un cargo de discriminación laboral por cualquiera de los anteriores.

Me puse en contacto con una agencia gubernamental para quejarme por discriminación laboral.

Me quejé a mi empleador sobre la discriminación laboral.

Ayudé o fui testigo en la queja de otra persona sobre discriminación laboral.

¿CUÁL ES TU TRABAJO, TRABAJO ANTERIOR O EL TRABAJO QUE SOLICITÓ?

Fecha de contratacion: Salario Inicial:

Titulo de trabajo al empezar: Salario Actual o Ultimo:

Su titulo al ser presuntamente discriminado/a:

Si no trabaja por el empleador, cuando fue su ultimo dia? Renuncio Fue despedido

Nombre y Título de su Supervisor Inmediato:

Solicitantes de empleo: cual era el titulo del trabajo que solicito?

Fecha aplicada: Fecha en que descubrió que no fue contratado:

¿QUE LE PASO QUE CREE QUE FUE DISCRIMINATORIO Y CUANDO SUCEDIO?

EJEMPLOS: Me negaron una acomodación razonable que necesitaba para mi trabajo; Me despidieron porque estaba embarazada; Me despidieron por mi edad. Indique las fechas en que ocurrió la acción.

Fecha: Accion:

Fecha: Accion:

¿QUÉ RAZON(ES) FUE DADA(S) PARA ESTA ACCIÓN?

Nombre de la(s) persona(s) responsable(s):

Razon(es):

¿Quién te dijo esto? Su titulo de trabajo:

¿HABIA ALGUNA PERSONA EN LA MISMA SITUACIÓN O SIMILAR QUE FUE TRATADÓ LO IGUAL, MEJOR O PEOR QUE USTED?

EJEMPLOS: ¿Quién más solicitó el mismo trabajo? ¿Quién más tenía la misma asistencia?

¿Quién fue tratado mejor que usted?

Nombre: Su titulo de trabajo:

Numero de telefono o Correo Electronico:

Marque en las areas para indicar como son diferente de usted. Si no aplican, marque 'otra'.

Raza Edad Origen Nacional Orientacion Sexual Discapacidad HIV/Hep C

Color Sexo Estatus de Veterano Identidad de Genero Estado Civil Religion

Estado de ciudadanía / inmigración Otra

¿Cómo fueron tratados mejor?

Fecha:

¿Quién fue tratado peor que usted?

Nombre: Su título de trabajo:

Numero de telefono o Correo Electronico:

Marque en las areas para indicar como son diferente de usted. Si no aplican, marque 'otra'.

- Raza Edad Origen Nacional Orientacion Sexual Discapacidad HIV/Hep C
 Color Sexo Estatus de Veterano Identidad de Genero Estado Civil Religion
 Estado de ciudadanía / inmigración Otra

¿Cómo fueron tratados peor?

Fecha:

¿Quién fue tratado igual que usted?

Nombre: Su título de trabajo:

Numero de telefono o Correo Electronico:

Marque en las areas para indicar como son diferente de usted. Si no aplican, marque 'otra'.

- Raza Edad Origen Nacional Orientacion Sexual Discapacidad HIV/Hep C
 Color Sexo Estatus de Veterano Identidad de Genero Estado Civil Religion
 Estado de ciudadanía / inmigración Otra

¿Cómo fueron tratados igual?

Fecha:

¿HAY ALGUNOS TESTIGOS DE DE LAS ACCIONES TOMADAS CONTRA USTED?

Proporcione su información de contacto y díganos lo que dirán.

Nombre: Título de trabajo:

Correo electrónico: Número de teléfono:

¿Qué nos dirán?

Nombre: Título de trabajo:

Correo electrónico: Número de teléfono:

¿Qué nos dirán?

¿A QUIÉN PODEMOS CONTACTAR SI NO PODEMOS LOCALIZARTE?

Nombre: Relación:

Dirección de envío: Apt / Unidad:

Ciudad: Condado: Estado: Codigo Postal:

Correo electrónico: Número de teléfono:

¿YA HA PRESENTADO UN CARGO SOBRE ESTE ASUNTO CON LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON?

Si No Fecha de presentación: Número de caso:

¿YA HA PRESENTADO UNA QUEJA SOBRE ESTE ASUNTO CON OTRA AGENCIA?

Si No Nombre de agencia:

Fecha de presentación: Número de caso:

SI TIENE ALGUIEN QUE LO REPRESENTA EN ESTE ASUNTO, POR FAVOR PROPORCIONE SU INFORMACIÓN DE CONTACTO.

Abogado Union ¿Alguien más?

Nombre: Fecha de contacto:

Correo electrónico: Número de teléfono:

Comentarios adicionales

¿Hay algo más que deberíamos saber?

TENGA EN CUENTA

Debe presentar un cargo de discriminación laboral dentro de los 6 meses a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

Este cuestionario de empleo NO es un cargo de discriminación.

Le recomendamos que guarde una copia de su cuestionario completa para sus registros.

CAMBIO EN LA INFORMACION DE CONTACTO

Es su obligación cooperar con la investigación, incluyendo notificando a la Comisión de cualquier cambio de dirección, número de teléfono o cualquier ausencia prolongada de su dirección actual o teléfono. Si no notifica a la Comisión de cualquier cambio de dirección o ausencia prolongada, su queja puede ser cerrada administrativamente debido a que no fue posible comunicarnos con usted, o puede cerrarse en función de la evidencia disponible con el caso en ese momento.

REVELACION PÚBLICA

Cualquier información y documentos que presente a la Comisión están sujetos a las leyes de registros públicos y estarán disponibles para cualquier persona que los solicite. Esto incluye registros médicos y otros tipos de registros privados. Por lo tanto, es más conveniente para usted de no enviar nada a menos que lo solicite su investigador/a.

TENGA EN CUENTA: CUALQUIER DECISION HECHA POR LA COMISION NO ANULA SU DERECHO A PRESENTAR UNA ACCION CIVIL EN UN TRIBUNAL DE JURISDICCION COMPETENTE DE CONFORMIDAD CON RCW. 49.60.030.