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 dias y horarios para contactarlos? _____

¿QUIEN CREE QUE HA DISCRIMINADO EN CONTRA DE USTED?

☐ Empleador ☐ Unión / Sindicato ☐ Agencia de Empleo ☐ Otra Organizacion

Nombre de la Organización: _____

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

Dirección física: _____ Suite: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Dirección de envio (si es diferente a la direccion anterior):

Dirección de envio: _____ Suite: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Codigo 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 Genero

☐ 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 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 peor?

Fecha:

¿Quién fue tratado igual 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 igual?

Fecha:

¿HAY ALGUNOS TESTIGOS DE DE LAS ACCIONES TOMADAS CONTRA USTED?
Proporcione su información de contacto y díganos lo que dirán.

Nombre: Titulo de trabajo:

Correo electrónico: Número de teléfono:

¿Qué nos dirán?

Nombre: Titulo de trabajo:

Correo electrónico: Número de teléfono:

¿Qué nos dirán?

¿A QUIÉN PODEMOS CONTACTAR SI NO PODEMOS LOCALIZARTE?

Nombre: Relación:

Dirección de envio: 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.