



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: (800) 233-3247 | TTY: (360) 586-2585

FAVOR DE LEER ANTES DE PROCEDER:

La Comisión De Derechos Humanos Del Estado De Washington no tiene jurisdicción sobre los empleadores con menos de 8 empleados, las tribus de los Nativos Americanos, el gobierno federal, los empleadores religiosos, las quejas en las cuales el acto discriminatorio ocurrió fuera del estado de Washington, o las quejas presentadas después de 6 meses desde que ocurrió el acto discriminatorio (o más de 2 años en una queja de represalia por haber hecho una denuncia con el Auditor Estatal). Su queja no será aceptada para investigación, si corresponde a una de las excepciones anteriores, o no cumple con los requisitos jurisdiccionales de la ley RCW 49.60. Si su queja cumple con los requisitos jurisdiccionales, por favor complete ese cuestionario.

Si necesita una acomodación razonable para llenar este cuestionario, por favor póngase en contacto con nosotros al 1-800-233-3247.

**Regrese el Cuestionario a: Washington State Human Rights Commission
711 South Capitol Way, Suite 402, P.O. Box 42490 Olympia, WA 98504-2490**

Por Favor Imprime

(Favor de contestar a las preguntas lo más completo posible. Si **no sabe la respuesta a una pregunta**, por favor escriba “**No lo sé**”. Si una pregunta **no aplica a usted**, por favor escriba “**n/a**”.)

1). Información personal:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____ Depto. o Unidad # _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código Postal _____

Números de Teléfono:

Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____

Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: _____ Tiene alguna incapacidad? Sí ___ No ___

Por favor, conteste cada de estas preguntas a) y b):

a) ¿Es usted. . .? (Marque todas las que aplican)

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Latino | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Afro-Americano | <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico |

b) ¿Cual es su Origen Nacional (país de origen o ascendencia)? _____

Proporcione, por favor, el nombre de una persona **quien no vive con usted** y a quien contactar si no logramos comunicarnos con usted.

Nombre _____ Parentesco o Relación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Condado _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

2). Yo creo que he sido discriminado(a) por la(s) siguiente(s) organización(es): (marque todas las que apliquen a usted)

- Empleador Unión/Sindicato Agencia de Empleo Otra: (por favor especifique) _____



COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON

CUESTIONARIO PRELIMINAR POR DISCRIMINACION EN EL EMPLEO

Si la organización es un empleador, proporcione **la dirección donde usted realmente trabajaba**.
 Si usted trabaja de su casa, marque aquí ___ Proporcione la dirección de la oficina a donde usted se reporta.*
 Si más de un empleador es involucrado, por favor complete un cuestionario para cada organización involucrada.

Nombre de la Organización _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Condado _____ Código Postal _____ Teléfono (____) _____

Tipo de Negocio _____

*Lugar de trabajo si es distinto a la dirección de la organización _____

Director de Recursos Humanos o Nombre del Dueño _____

Teléfono (____) _____

Número de Empleados en todas las Ubicaciones de la Organización: (Por favor marque solamente una casilla)

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

3). Datos de su Empleo: (Complete todos los datos posibles.)

¿Es usted un Empleado Federal? Sí No

¿Es usted un Empleado Estatal? Sí No

Fecha cuando empezó el empleo: _____ Título de su posición al empezar: _____

Título de su posición al ser presuntamente discriminado(a): _____

¿Está trabajando actualmente para este Empleador? Sí No

Si No, por favor marque... Dejó el trabajo Fue despedido Reducción de personal Fecha _____

Salario Inicial: _____ Salario Actual o Último: _____

Nombre y Título de su Supervisor Inmediato: _____

Si solicitó empleo, fecha de la solicitud: _____ Título de la posición solicitada: _____

4). ¿Cuál es la razón (la base) por la cual usted cree que fue discriminado(a) en el empleo? Por ejemplo: Si usted cree que fue tratado(a) injustamente por motivos de raza, por favor marque la casilla enseguida de **Raza**. Si usted cree que fue **tratado injustamente debido a varias razones**, tales come sexo, religión y origen nacional, por favor marque **todo lo que se aplica a usted**. Si usted sufrió una acción adversa por quejarse de discriminación, por involucrarse con la queja de discriminación de otra persona, o por someter una queja de discriminación, por favor marque la casilla enseguida de **“Represalia”**.

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Color (típicamente una diferencia del tono de la piel entre la misma raza) | <input type="checkbox"/> Religión |
| <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Origen Nacional | <input type="checkbox"/> Incapacidad/Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Orientación Sexual/Identidad de Género | <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Estado Militar |
| <input type="checkbox"/> Estado Civil | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA o Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Represalia por hacer una denuncia con el Auditor Estatal | <input type="checkbox"/> Represalia | |

Si usted marcó **Color, Religión u Origen Nacional**, por favor especifique: _____



COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON

CUESTIONARIO PRELIMINAR POR DISCRIMINACION EN EL EMPLEO

Si usted ha presentado una denuncia con el Auditor Estatal, contesta a las siguientes tres preguntas:

¿Cuándo ha presentado la denuncia? ¿Qué asunto ha denunciado? _____

¿Con quién ha presentado la denuncia? _____

Otras razones para la discriminación: (Por favor explique) _____

5) ¿Qué le pasó a usted para creer que ha sido(a) discriminado(a)? Incluya la/las fecha(s) del daño sufrido, la/las acción(es) discriminatoria(s) y el/los nombre(s) y título(s) de las personas que usted cree lo(a) han discriminado. Por favor agregue páginas adicionales si es necesario. (Por ejemplo: 10/2/2012 - Fui despedido(a) por el Sr. Juan Soto, Supervisor de Producción)

a. Fecha: _____ Acción: _____

Nombre y Título de la/las Persona(s) Responsable(s): _____

b. Fecha: _____ Acción: _____

Nombre y Título de la/las Persona(s) Responsable(s): _____

6). ¿Por qué cree usted que estas acciones fueron discriminatorias? (Por favor agregue páginas adicionales si es necesario.)

7). ¿Qué razón(es) le dieron a usted por esos actos que usted considera discriminatorios?

¿Quién le ofreció esa explicación? _____ Título de la(s) persona(s): _____

8). Identifique personas en su lugar de trabajo que estaban en la misma situación o una situación similar a la de usted y como fueron tratadas. Por ejemplo, ¿quién más solicitó el mismo trabajo que usted, quién tiene el mismo registro de asistencia, o quién tiene el mismo rendimiento laboral? Proporcione la raza, sexo, edad, origen nacional, religión, incapacidad/discapacidad etc. de esa(s) persona(s), si lo sabe, y si tienen alguna relación con su queja de discriminación. Por ejemplo, si su queja es discriminación por raza, proporcione la raza de cada persona, si su queja es sobre discriminación por sexo, proporcione el sexo de cada persona; y así sucesivamente. Agregue hojas adicionales si es necesario.

a. Personas en la misma situación o una situación similar a la de usted, ¿quién fue tratado *mejor* que usted?

Nombre Completo: _____

La(s) clase(s) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____

Descripción del tratamiento: _____

Nombre Completo: _____

La(s) clase(s) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____

Descripción del tratamiento: _____

b. Personas en la misma situación o una situación similar a la de usted, ¿quien fue tratado *peor* que usted?

Nombre Completo: _____

La(s) clase(s) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____

Descripción del tratamiento: _____

Nombre Completo: _____

La(s) clase(s) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____



COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON

CUESTIONARIO PRELIMINAR POR DISCRIMINACION EN EL EMPLEO

Descripción del tratamiento: _____

c. Personas en la misma situación o una situación similar a la de usted, ¿quién fue tratado *igual* que usted?

Nombre Completo: _____

La(s) clase(s) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____

Descripción del tratamiento: _____

Nombre Completo: _____

La(s) clase(s) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____

Descripción del tratamiento: _____

Responda a las preguntas 9-12 sólo si alega discriminación por incapacidad/discapacidad.
Si no, vaya directamente a la pregunta 13.

9). Por favor díganos si tiene una incapacidad/discapacidad.

Por favor, marque todas las que apliquen:

- Sí, tengo una incapacidad/discapacidad.
- No tengo una incapacidad/discapacidad ahora pero tuve una
- No tengo una incapacidad/discapacidad pero la organización me trata como si fuera incapacitado(a)/discapacitado(a)

10). ¿Cuál es la incapacidad/discapacidad que usted cree es la razón por la acción adversa tomada en contra de usted? Explique si esta incapacidad/discapacidad le previene o limita de hacer algo. (Por ejemplo: levantar objetos, dormir, respirar, caminar, cuidarse a sí mismo, trabajar, etc.).

11). ¿Utiliza medicamento, equipo médico o cualquier otra cosa para disminuir o eliminar los síntomas de su incapacidad/ discapacidad? Sí No

Si contesto que "sí", ¿qué medicamento, equipo médico u otra asistencia usa? _____

12). ¿Le solicitó usted a su empleador algunos cambios o ayuda (acomodo razonable) para poder hacer su trabajo por razón de su incapacidad/discapacidad? Sí No

Si contestó que "sí", ¿cuándo lo solicitó? _____ Como lo solicitó (verbalmente o por escrito) _____

¿A quién lo solicitó? (Proporcione el nombre completo y el título de la persona) _____

Describa la ayuda o el cambio que solicitó: _____

¿Cómo respondió su empleador a su solicitud de acomodo razonable? _____

13). ¿Hay testigos a los supuestos incidentes discriminatorios? Si contestó que sí, por favor identifiquelos abajo y díganos que van a decir sobre el acto discriminatorio. (Por favor agregue páginas adicionales si es necesario para completar su respuesta)

a. Nombre Completo: _____ Relación: _____

Contacto: Teléfono _____ Coreo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Información que podría ofrecer _____

b. Nombre Completo: _____ Relación: _____

Contacto: Teléfono _____ Coreo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Información que podría ofrecer _____

14). ¿Ha presentado una queja previamente sobre este asunto? Sí No

Proporcione el nombre de la agencia y la fecha cuando usted presentó la queja:



COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON

CUESTIONARIO PRELIMINAR POR DISCRIMINACION EN EL EMPLEO

¿Obtuvo resultados? _____

15). ¿Ha buscado la ayuda de otras organizaciones o personas con respeto a esta situación? Sí No
(por ejemplo, un abogado, un representante legal, o cualquier otra organización o persona)

Proporcione el nombre de la organización/persona que usted contactó y la fecha del contacto: _____

¿Obtuvo resultados? _____



Aquí termina el Cuestionario Preliminar. Por favor revise todas las páginas para asegurarse de haber respondido a todas las 15 preguntas con la información correcta como lo ha intentado. "n/a" y "no lo sé" son respuestas aceptables si aplican a su situación personal.

Si usted desea más información antes de decidir si quiere presentar una queja **o está preocupado(a)** de que el WSHRC **notifique** a su empleador, sindicato o agencia de empleo sobre su queja, usted debe de marcar la casilla **Número 1**.

**Para poner la queja en este momento,
marque la casilla Número 2.**

Marque solamente una casilla!

Casilla 1

<input type="checkbox"/>	Yo quiero hablar con un empleado del WSHRC antes de decidir si quiero presentar una queja de discriminación. Yo entiendo que al escoger esta casilla, yo no he presentado una queja de discriminación con el WSHRC. Yo también entiendo que puedo perder mis derechos si no presento una queja dentro de 6 meses del acto discriminatorio.
--------------------------	--

Casilla 2

<input type="checkbox"/>	Yo quiero presentar una queja de discriminación y autorizo a WSHRC a investigar la queja de discriminación descrita previamente en el cuestionario preliminar. Yo entiendo que el empleador, sindicato o agencia de empleo al cual yo acuso de discriminación será informado(a) sobre mi queja, incluyendo mi nombre. Yo también entiendo que WSHRC solo puede aceptar quejas de discriminación en el empleo basadas en raza, color, religión, sexo, origen nacional, incapacidad/discapacidad, edad, orientación sexual/identidad del genero, estado militar, estado civil, VIH/SIDA o Hepatitis C y represalia por oposición a la discriminación o por hacer una denuncia con el Auditor Estatal. Yo entiendo que la Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington no tiene jurisdicción sobre las instituciones religiosas, los empleadores con menos de 8 empleados, las tribus de los Nativos Americanos o el gobierno federal. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington no tiene jurisdicción sobre las quejas en las cuales el acto discriminatorio ocurrió fuera del estado de Washington, o las quejas en las cuales a pasado más de 6 meses desde la última fecha que ocurrió un acto discriminatorio(o más de 2 años en una queja de represalia por haber hecho una denuncia con el Auditor Estatal)). Yo entiendo que si mi queja no cumple con los requisitos jurisdiccionales, no será aceptada para investigación y la Comisión De Derechos Humanos Del Estado de Washington no seguirá con la investigación.
--------------------------	---

Declaro, bajo pena de perjurio conforme las leyes del Estado de Washington, que he leído toda la información provista en este cuestionario y es verdadera y correcta.

Firma de la persona discriminada

Fecha de Hoy