

## La igualdad de oportunidades es ley

Es contra la ley para este destinatario de asistencia financiera Federal discriminar basándose en lo siguiente: contra cualquier individuo en Estados Unidos, basándose en raza, color, religión, sexo, nacionalidad, edad, discapacidad, afiliación política o creencia; y Contra cualquier beneficiario de programas financieramente asistidos bajo el Título I de la Ley de inversión en Fuerza Laboral de 1998 (WIA), basándose en la ciudadanía/estado del beneficiario como inmigrante legalmente admitido autorizado a trabajar en Estados Unidos, o su participación en cualquier programa o actividad asistida financieramente por WIA Título I. El

destinatario no debe discriminar en ninguna de las siguientes áreas: Decidir quién ingresará o tendrá acceso a cualquier programa o actividad asistido financieramente por WIA Título I; Brindar oportunidades en, o tratar a cualquier persona con respecto a, dicho programa o actividad; o Tomar decisiones laborales en la administración de, o relacionadas con, dicho programa o actividad.

## Qué debe hacer si cree que ha sufrido discriminación

Si cree que ha sido sujeto de discriminación bajo un programa o actividad financieramente asistida de WIA Título I, puede presentar una queja dentro de los 180 días desde la fecha de la violación alegada ante:

**Nancy Gannie, LWIA EO Officer**  
Department of Small Business Services  
110 William Street - 7th Floor  
New York, New York 10038  
Correo electrónico: ngannie@sbs.nyc.gov  
(Voz): (212) 618-8727  
TDD/TTY: (212) 513-6306

-O-

**Director**  
Division of Equal Opportunity Development  
New York State Department of Labor  
State Office Campus,  
Building 12, Rm 540  
Albany, New York 12240  
Correo electrónico: usaada@labor.state.ny.us  
(Voz): (518) 457-1984  
TDD: 1-800-662-1220  
(Voz): 1-800-421-1220

O puede presentar su queja directamente ante:

**Director,**  
Civil Rights Center (CRC)  
U.S. Department of Labor  
200 Constitution Avenue, NW  
Room N-4123  
Washington, D.C. 20210

Si presenta su queja ante el destinatario, debe esperar que el destinatario emita una Declaración de Acción Final por escrito o que transcurran 90 días (de ambas, la que suceda primero), antes de presentarse en el Centro de Derechos Civiles (CRC) (consulte la dirección arriba).

Si el destinatario no le da una Declaración de Acción Final escrita dentro de los 90 días del día en que presentó su queja, usted no tiene que esperar a que el destinatario emita esa Declaración antes de presentar una queja ante el CRC. No obstante, debe presentar su queja con el CRC dentro de los 30 días del plazo de los 90 días (en otras palabras, dentro de los 120 días después del día en que presentó su queja ante el destinatario). Si el destinatario le da una Declaración de Acción Final escrita sobre su queja, pero usted no se encuentra satisfecho con la decisión o resolución, puede presentar una queja ante el CRC. Debe presentar su queja ante el CRC dentro de los 30 días de la fecha en que recibió la Declaración de Acción Final.

Para presentar una queja usted debe completar el Formulario de Información de Quejas adjunto (Formulario CIF) y enviarlo por correo al Departamento de Servicios de la Pequeña Empresa o al Centro de Derechos Civiles. Si decide no utilizar el Formulario CIF, su queja debe ser por escrito y contener la siguiente información: nombre del demandante; dirección del demandante (u otros medios de contacto del demandante); la identidad del demandado (el individuo o entidad que el demandante alega como responsable de la discriminación); una descripción detallada de los sucesos que el demandante declara que han sido discriminatorios; y la firma del demandante o la firma del representante autorizado del demandante.

**Programa / Empleador con Igualdad de Oportunidades Hay servicios y aparatos auxiliares disponibles a pedido para los individuos con discapacidades.**

# Declaración de Derechos

**NYC**<sup>TM</sup>  
**Small Business Services**

## Complainant's Information

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Hogar: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono del Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Celular: \_\_\_\_\_

## Información del demandado

En el espacio provisto, enumere el nombre del o de los individuo(s) y la ubicación del incidente discriminatorio declarado (si necesita más espacio, adjunte hoja(s) adicional(es)).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Indique la fecha en que ocurrió el primer incidente:

\_\_\_\_\_

Fecha de la ocurrencia más reciente: \_\_\_\_\_

A su mejor saber y entender, ¿cuál de los siguientes programas del Departamento de Trabajo participaron en la discriminación alegada?

- NYC Workforce1 Career Center
- Centro Vocacional de Fuerza Laboral 1 NYC
  - Seguro de Desempleo
  - Servicio de Empleo  Asistencia de Ajuste Comercial
  - Estadounidenses Mayores

## Bases de la queja

¿Cuál de las siguientes bases describe mejor la razón por la que usted cree que fue discriminado? (Favor de especificar)

- Base para la Discriminación**      **Favor de especificar**
- Raza \_\_\_\_\_
  - Color \_\_\_\_\_
  - Religión \_\_\_\_\_
  - Nacionalidad \_\_\_\_\_
  - Sexo       Masculino  Femenino
  - Edad      Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
  - Discapacidad \_\_\_\_\_
  - Afiliación Política \_\_  Ciudadanía

Usted cree que la discriminación sufrida afectó: (marque una opción)

- Su trabajo o la búsqueda laboral
- O-
- Su uso de las instalaciones o el suministro o la ausencia de suministro de servicios o beneficios de parte de alguien.

Explique concisa y claramente lo que sucedió y cómo lo discriminaron. Asegúrese de indicar quién participó y de qué manera otras personas lo trataron de manera diferente. Si es necesario, también puede adjuntar material escrito adicional perteneciente a su caso.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué otra información cree usted que es relevante para nuestra investigación?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si se resuelve esta queja a su satisfacción, ¿qué recursos pretende?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Favor de detallar a todas las personas (testigos, colegas, supervisores u otros) a las que podamos contactar para obtener información adicional para apoyar aún más su respuesta (si es necesario, agregue material escrito adicional).

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Ha presentado una demanda o queja ante alguno de los siguientes organismos?

- División de Derechos Humanos, Departamento de Justicia de EE. UU.
- Comisión de Igualdad de Oportunidades Laborales de EE. UU.
- Tribunal Estatal o Federal
- Su comisión local o estatal de derechos/ relaciones humanas <http://www.nyc.gov/cchr>

For each item checked above, please provide the following information (if you have checked more than one attach additional pages).

Agencia:	Ubicación de la agencia o el tribunal:
Fecha de presentación:	Nombre del investigador:
Número de caso o expediente:	Estado del caso:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha