



New York State Department of Labor
Formulario para informar Quejas

Nº de QUEJA _____

Instrucciones: Sírvase completar las preguntas del 1 al 7. Si considera que ha sido discriminado, complete también las preguntas del 8 al 12. Cuando finalice, continúe con la pregunta 13, firme e incluya la fecha. Si necesita ayuda, la persona que atiende su queja lo ayudará a completar el formulario. Enviar a: NYS Department of Labor, Division of Equal Opportunity Development, State Office Campus, Building 12, room 540, Albany, N Y 12240.

1. **Demandante:** Primer Nombre _____ Inicial del segundo Nombre _____ Apellido _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Nº de SS _____ No. de teléfono de la casa (_____ Teléfono del trabajo (_____
 Dirección correo electrónico _____ ¿Es usted empleado del Departamento de Trabajo de NYS? Si No

2. **Demandado:** Agencia, Empleado o Empleador contra el que realiza la queja. _____
 Domicilio _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
 Teléfono (_____) _____

3. ¿Cuál es el horario más conveniente para comunicarse con usted sobre esta queja? _____

4. Describa brevemente y con claridad la situación que lo afecta. Si piensa que ha sido discriminado, sírvase describir en detalle en qué forma sucedió. Agregue hojas si le hacen falta. Incluya además cualquier otro material escrito relevante a su caso.

a. ¿Qué sucedió? _____

b. Personas que participaron. Incluya testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otras personas. Proporcione nombres, direcciones y números de teléfono, si los conoce. _____

c. ¿Cuándo y dónde sucedió (incluya la fecha)? _____

d. ¿En qué forma sufrió un trato diferente? _____

5. ¿Cómo le gustaría resolver esta queja? _____

6. ¿Se le ofrecieron servicios de empleo? Si No

7. ¿Considera. usted que fue **discriminado**? No Si respondió si, conteste las preguntas del numero 8 – 12. Si no, vaya al numero 13.

8. Marcar **TODAS** las que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raza (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> Color (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Religión (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> País de origen (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Antecedentes de arresto y condena (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> Estado civil (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Ciudadanía (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> Predisposición genética y Condición de portador (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Acoso sexual (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> Condición de veterano (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Edad (especificar fecha de nacimiento) _____ | <input type="checkbox"/> Orientación sexual (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Filiación política (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> Orientación sexual (especificar) _____ |
| <input type="checkbox"/> Represalia/Venganza (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> Víctimas de la Violencia Doméstica _____ |
| <input type="checkbox"/> Represalia/Venganza (especificar) _____ | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) _____ |

9. ¿Por qué cree que se produjeron estos hechos? _____

10. ¿Tienen un abogado u otro representante con relación a esta queja? Si No Si respondió sí, por favor informe:

Nombre _____ Nº de teléfono (_____) _____
 Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

11. Con relación a este incidente, ¿presentó un caso o queja ante alguna de las siguientes agencias?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> División de Derechos Humanos - Depto. de Justicia de EE.UU | <input type="checkbox"/> Div. Desarrollo de Igualdad de Oportunidades - Depto de Trabajo |
| <input type="checkbox"/> Comisión de Igualdad de Oportunidad de Empleo de EE.UU. | <input type="checkbox"/> División de Derechos Humanos de NYS |
| <input type="checkbox"/> Centro de Derechos Civiles del Depto. de Trabajo de EE.UU | <input type="checkbox"/> Corte Federal o del Estado |
| <input type="checkbox"/> Otro | |

12. Para cada agencia marcada en la pregunta #11, proporcione la siguiente información:

Agencia _____	Fecha Presentada _____	Agencia _____	Fecha Presentada _____
Nº de Caso o Registro _____		Nº de Caso o Registro _____	
Fecha de Juicio o Audiencia _____		Fecha de Juicio o Audiencia _____	
Ubicación de la Agencia o Corte _____		Ubicación de la Agencia o Corte _____	
Nombre del Investigador _____		Nombre del Investigador _____	
Condición del Caso _____		Condición del Caso _____	
Comentarios _____		Comentarios _____	

13. Por la presente certifico que la información que antecede es verdadera y completa a mi mejor saber y entender. Autorizo la divulgación de esta información a las agencias del orden público para la debida investigación de mi queja. Entiendo que, en la medida posible, mi identidad se mantendrá confidencial en la máxima medida posible según lo permita la ley y con el fin de llegar a una resolución justa de mi queja.

Firma del Demandante

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DEL ESTADO DE NUEVA YORK
FOR NEW YORK STATE DEPARTMENT OF LABOR STAFF USE ONLY.

14. Type of complaint. Check **all** that apply. Wage related Pesticides Child labor
 Health/safety Working conditions Housing
 Discrimination Other _____

15. 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?

16. MSFW? Yes No

17. Out of state employer? Yes No

18. H-2A/Criteria employer? US domestic worker H-2A worker Wages Housing
 Transportation Meals Other (specify) _

19. Referred to NYS EO Officer ESA OSHA
 NYS Monitor Advocate NYS Labor Standards Other _____

If "Other," agency name _____ Telephone (____) _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

20. Follow up? Yes No If "Yes," Monthly Quarterly Follow up date _____

Comments _____

21. Person receiving complaint _____ Title _____

Office _____ Telephone (____) _____

Signature

Date

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DEL DEPARTAMENTO DE TRABAJO DE LOS ESTADOS UNIDOS
FOR UNITED STATES DEPARTMENT OF LABOR STAFF USE ONLY

22. Case Number _____

CIF received by CRC Accepted Not accepted

Comments _____

Received by _____ Date _____