



Queja de Discriminación de Empleo por un Contratista o Subcontratista Federal

Por favor lea las instrucciones antes de completar este formulario.

OMB: 1250-0002
Expira: 5/31/2020

Someter

Reset Form

Print Form

<p>¿Cómo podemos contactarte?</p>	<p>Nombre (Primer, Segundo, Apellido): _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____</p> <p>Número de Teléfono: _____ Casa ____ Trabajo ____ Celular</p> <p>Correo electrónico: _____</p> <p>Ha presentado estas denuncias de discriminación en el empleo con otra agencia federal o local? _____ Si _____ No</p> <p>En caso afirmativo, que agencia: _____</p> <p>Nombre de contacto: _____ Número de Teléfono: _____</p>																								
<p>¿A quién podemos contactar si no podemos comunicarnos con usted?</p>	<p>Nombre (Primero, Segundo, Apellido): _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____</p> <p>Número de Teléfono: _____ Casa ____ Trabajo ____ Celular</p> <p>Correo electrónico: _____</p>																								
<p>¿Cuál es el nombre del empleador que usted cree discrimino o tomo represalias contra usted?</p>	<p>Empresa Nombre: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____</p> <p>Número de Teléfono: _____</p> <p>Indique las fecha(s) y horas en las que cree que fue discriminado o recibido represalias en su contra: _____</p>																								
<p>¿Por qué cree usted que su empleador discriminó o tomó represalias en su contra?</p>	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Raza</td> <td><input type="checkbox"/> Origen Nacional</td> <td><input type="checkbox"/> Orientación Sexual</td> <td><input type="checkbox"/> Estatus de Veterano Protegido</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska Indique Afiliación Tribal: _____</td> <td><input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Otros</td> <td><input type="checkbox"/> Identidad de Género</td> <td><input type="checkbox"/> Discapacidad</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asiática</td> <td><input type="checkbox"/> Color</td> <td><input type="checkbox"/> Preguntando sobre el salario</td> <td><input type="checkbox"/> Represalia</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano</td> <td><input type="checkbox"/> Religión</td> <td><input type="checkbox"/> Discutir sobre el salario</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico</td> <td><input type="checkbox"/> Sexo</td> <td><input type="checkbox"/> Divulgar el salario</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blanco</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Estatus de Veterano Protegido	<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska Indique Afiliación Tribal: _____	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Identidad de Género	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Preguntando sobre el salario	<input type="checkbox"/> Represalia	<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Discutir sobre el salario		<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Divulgar el salario		<input type="checkbox"/> Blanco			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Orientación Sexual	<input type="checkbox"/> Estatus de Veterano Protegido																						
<input type="checkbox"/> Indio Americano o Nativo de Alaska Indique Afiliación Tribal: _____	<input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Otros	<input type="checkbox"/> Identidad de Género	<input type="checkbox"/> Discapacidad																						
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Preguntando sobre el salario	<input type="checkbox"/> Represalia																						
<input type="checkbox"/> Negro o afroamericano	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Discutir sobre el salario																							
<input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii o de otras islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Divulgar el salario																							
<input type="checkbox"/> Blanco																									
<p>Dónde aprendió que podría presentar una queja ante la OFCCP?</p> <p><input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Poster <input type="checkbox"/> Organización de la Comunidad <input type="checkbox"/> Reunión/Evento OFCCP <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Otros</p>																									

Su Queja:

Por favor describa a continuación lo piensa que el empleador hizo o no hizo que usted cree que causó la discriminación o represalias, incluyendo:

1. Qué acciones tomó el empleador contra usted.
2. ¿Por qué cree que esas acciones se basaron en su: raza; color; religión; sexo; orientación sexual; identidad de género; origen nacional; discapacidad; estatus de veterano; y/o preguntas sobre, discusiones o divulgaciones de su salario o el salario de otros; y/o represalia por presentar una queja, participar en procedimientos de discriminación, oponerse a la discriminación ilegal, o ejercer cualquier otro derecho protegido por OFCCP?
3. Cuando ocurrieron las acciones del empleador, dónde ocurrieron y quién estuvo involucrado.
4. ¿Qué daño, si alguno, usted o otros sufrieron debido a la supuesta discriminación o represalia?
5. ¿Qué explicación, si la hay, su empleador o las personas que representan a su empleador, ofrecieron por sus acciones?
6. ¿Quién estuvo en la misma situación o similar que usted y cómo fueron tratados? Incluya información, tales como la raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, discapacidad o estatus protegido de estas personas, si se conocen.
7. Qué información usted tiene sobre contratos federales que tenía la empresa para la que trabajó en el momento de la discriminación o represalia que describe en esta queja.

Por favor adjunte páginas adicionales, si es necesario.

<p>¿Cree que la discriminación incluye o afecta a otros?</p>	<p>¿Cree usted que a otros empleados o solicitantes fueron tratados de la misma manera como usted describió anteriormente? _____ Si _____ No</p> <p>Si es así, por favor explique, usando páginas adicionales si es necesario.</p>
<p>¿Tiene usted un abogado u otro representante?</p>	<p>Si usted está representado por un abogado, u otra persona, o una organización, por favor proporcione su información de contacto más abajo.</p> <p>Nombre (Primero, Segundo, Apellido): _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____</p> <p>Número de Teléfono: _____ Correo electrónico: _____</p> <p>¿A quién debemos contactar si necesitamos más información acerca de su descripción de lo ocurrido? _____ Usted _____ Su Representante</p>
<p>Firma y Verificación</p>	<p>Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada es verdadera y correcta a lo mejor de mi conocimiento o creencia. Una declaración falsa intencional es castigada por la ley.</p> <p>Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para esta investigación.</p> <p>Firma del Querellante: _____ Fecha: _____</p>