



Denuncia de Discriminación en el Empleo de un Contratista o Subcontratista Federal

Para uso exclusivo de la OFCCP: Número de investigación previa a la denuncia:

OMB: 1250-0002

Expira: 30/06/2026

Lea las siguientes instrucciones antes de rellenar este formulario.

Instrucciones

Puede presentar una denuncia ante la OFCCP si cree que ha sido discriminado en el empleo, o al solicitar un empleo, por una empresa que hace negocios con el Gobierno Federal debido a su raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, discapacidad, condición de veterano protegido, o por preguntar, discutir o revelar su salario o la de otros. También puede presentar una denuncia si cree que el empleador ha tomado represalias o medidas laborales negativas contra usted porque presentó una denuncia, se opuso a actos o prácticas considerados ilegales por las autoridades de la OFCCP, o ayudó o participó en una evaluación de cumplimiento o investigación de una denuncia, o si cree que una empresa que hace negocios con el Gobierno Federal incumple otras obligaciones de contratista de la OFCCP. No necesita saber con certeza que el empleador es un contratista o subcontratista federal para presentar una denuncia. Si tiene preguntas o necesita ayuda, póngase en contacto con el servicio de asistencia de la OFCCP en el 1-800-397-6251.

Plazos para presentar una denuncia

Si no presenta una denuncia por discriminación dentro de los plazos indicados a continuación, perderá sus derechos a proceder a través de la OFCCP.

Las denuncias por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género o nacionalidad deben presentarse a la OFCCP en un plazo de **180 días** a partir de la fecha en que el empresario haya tomado las medidas que usted considera discriminatorias o represalias..

Las denuncias en las que se alegue discriminación por discutir, revelar o preguntar sobre el salario deben presentarse a la OFCCP en un plazo de **180 días** a partir de la(s) medida(s) adoptada(s) por el empresario que usted considere discriminatoria(s) o constitutiva(s) de represalia.

Las reclamaciones basadas en su discapacidad o en su condición de veterano protegido deben presentarse a la OFCCP en un plazo de **300 días** a partir de la(s) acción(es) adoptada(s) por el empresario que usted considere constitutiva(s) de discriminación o represalia.

Rellenar este formulario

Escriba la información del formulario en letra de imprenta o a máquina. Si necesita más espacio para describir lo que le ha ocurrido, utilice un folio aparte. No olvide adjuntar el papel al formulario. **Su firma es necesaria en el formulario de denuncia y, si no figura en él cuando lo presente, le pediremos que lo firme.** Si ha autorizado a otra persona a presentar la denuncia en su nombre, se requiere la firma de su representante en el formulario de denuncia. Si presenta una denuncia por discriminación debido a su condición de veterano protegido, le pediremos que nos facilite su certificado de liberación o baja del servicio activo (también conocido como formulario DD 214).

¿Cómo y dónde puedo presentar una denuncia?

Para presentar una denuncia ante la OFCCP, rellene todas las secciones de este formulario, a menos que estén marcadas como opcionales. Si no sabe la respuesta a una pregunta, escriba "no se sabe". Si una pregunta no es aplicable, escriba "N/A".

Si presenta la solicitud en línea, rellene los campos y haga clic en Enviar. Si no realiza la presentación en línea, envíe el formulario completo a la OFCCP por correo, fax o correo electrónico. Envíe el formulario a la oficina regional de la OFCCP que cubre el estado donde ocurrieron los hechos. También puede presentar el formulario personalmente en una oficina de la OFCCP. Puede encontrar una lista de las oficinas regionales y los estados que cubre cada oficina en el [sitio web de la OFCCP](http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm): (<http://www.dol.gov/ofccp/contacts/regkey.htm>).

Al completar este formulario, está presentando una queja por discriminación laboral afirmando que el empleador lo discriminó. Por ley, estamos obligados a notificar al empleador de la queja.

¿Ha presentado una solicitud de información previa a la OFCCP?

- Si No Nota: Si tiene más de 60 días para presentar una denuncia oportunamente, le recomendamos que presente una consulta previa a la presentación de la denuncia. La OFCCP revisará su consulta para determinar si la OFCCP es la agencia federal adecuada para tratar el asunto.

¿Cómo podemos comunicarnos con usted?

Nombre (Primero, Segundo, Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Tiene un representante? (Opcional)

Si le representa un abogado, otra persona o una organización, facilite sus datos de contacto:

Nombre (Primero, Segundo, Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Con quién debemos ponernos en contacto si necesitamos más información? ____ Tu ____ Tu Representante

¿Cómo se llama el empresario que cree que le ha discriminado?

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Nombre de Contacto de Recursos Humanos (Opcional): _____ Correo electrónico (Opcional): _____

¿Es el mismo lugar donde se produjo la discriminación? ____ Si ____ No

En caso negativo, ¿dónde se produjo la discriminación? _____

Indique la fecha más reciente en la que cree haber sido víctima de discriminación o represalias.

Fecha(s): _____

¿En qué cree que se basó el empleador para discriminarle?

Marque todo lo que corresponda:

- | | | | |
|------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Orientación sexual | <input type="checkbox"/> Preguntas sobre la remuneración | <input type="checkbox"/> Ponerse en contacto con un organismo público para denunciar una discriminación |
| <input type="checkbox"/> Origen nacional | <input type="checkbox"/> Identidad de género | <input type="checkbox"/> Divulgación del salario | <input type="checkbox"/> Reclamar al empresario por discriminación |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Estatus de veterano protegido | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Participar en una investigación de la OFCCP |
| <input type="checkbox"/> Religión | <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Represalias | <input type="checkbox"/> Participar en la denuncia de otra persona por discriminación laboral |
| <input type="checkbox"/> Sexo (incluido el embarazo) | <input type="checkbox"/> Debatir el salario | <input type="checkbox"/> Presentar una denuncia por discriminación | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

¿Ha presentado esta alegación de discriminación laboral ante otro organismo federal o local (por ejemplo, la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo o la Comisión Estatal o Local de Empleo Justo o de Derechos Humanos)?

Si No No estoy seguro

En caso afirmativo, ¿qué organismo? _____ ¿Cuándo presentó la solicitud? _____

Nombre de contacto de la agencia: _____ Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____ Número de caso (si se conoce): _____

Cuéntenos lo que pasó

Describa a continuación lo que cree que hizo o dejó de hacer el empleador que, en su opinión, causó la discriminación o represalia, incluyendo:

1. Por qué cree que dichas acciones se basaron en su raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, nacionalidad de origen, discapacidad, condición de veterano, y/o preguntas, discusiones o revelaciones sobre su salario o el salario de otros, y/o en represalia por presentar una denuncia, participar en procedimientos de discriminación, oponerse a la discriminación ilegal o ejercer cualquier otro derecho protegido por la OFCCP.
2. Cuándo (en qué fechas) ocurrieron las acciones del empleador, dónde ocurrieron y quién estuvo involucrado.
3. Qué perjuicios, en su caso, sufrieron usted u otras personas a causa de las acciones del empleador.
4. Qué explicación, en su caso, ofrecieron el empresario o las personas que lo representaban por sus acciones.
5. Quién se encontraba en la misma situación o en una similar a la suya y cómo fue tratado. Incluya información como la raza, el color, la religión, el sexo, la orientación sexual, la identidad de género, el origen nacional, la discapacidad o la condición de veterano protegido de estas personas, si se conoce.
6. Qué información tiene sobre los contratos federales que tenía la empresa en el momento de los hechos que describe en esta denuncia.

Firma y Verificación

Declaro bajo pena de perjurio que la información facilitada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Por la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para esta investigación.

Firma: _____ Fecha: _____

Declaración de Confidencialidad

La recopilación de información mediante este formulario está autorizada por las autoridades legales que la OFCCP hace cumplir, así como por el Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VII), en su versión modificada, y el Título I de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), en su versión modificada, que la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los Estados Unidos (EEOC) hace cumplir. La OFCCP utiliza esta información para tramitar denuncias y llevar a cabo investigaciones sobre supuestas infracciones de estas leyes de discriminación en el empleo. La OFCCP proporcionará una copia de esta denuncia al empleador contra el que se presenta. La OFCCP también puede derivar esta denuncia a otras agencias que puedan tener jurisdicción, y proporcionar una copia de la denuncia a la agencia de derivación que pueda tener jurisdicción. La información recopilada podrá ser 1) verificada con otras personas que puedan tener conocimientos pertinentes a la denuncia; 2) utilizada en negociaciones de conciliación con el empleador o en el curso de la presentación de pruebas en una audiencia; o 3) divulgada a otros organismos con jurisdicción sobre la denuncia.

El suministro de esta información es voluntario; sin embargo, el hecho de no suministrar la información puede demorar o impedir que la OFCCP investigue su reclamo y, en el caso de asuntos cubiertos por el Título VII o la ADA, puede afectar su derecho a entablar una demanda en virtud de dichas leyes.

Declaración de Carga Pública

El tiempo estimado para completar este formulario es de 1 hora, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, llenar el formulario y enviarlo a OFCCP. Tenga en cuenta que no está obligado a responder a esta recopilación de información a menos que muestre un número de control OMB actualmente válido.

Si tiene comentarios sobre la carga estimada o cualquier otro aspecto de este formulario de denuncia, incluidas sugerencias para reducir la carga, envíelos a la OFCCP Policy Division (1250-0002), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3325, Washington, D.C. 20210. **No envíe el formulario de denuncia cumplimentado a esta dirección.**