



Investigación Previa a la Denuncia por Discriminación en el Empleo que Implice a un Contratista o Subcontratista Federal

OMB: 1250-0002
Expira: 30/06/2026

Lea las siguientes instrucciones antes de rellenar este formulario.
Presentar este formulario a la OFCCP no es lo mismo que presentar una denuncia.

Instrucciones

Es ilegal que las empresas que hacen negocios con el Gobierno Federal discriminen contra usted por motivos de raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, origen nacional, discapacidad, condición de veterano protegido, o porque usted preguntó, reveló o discutió su salario o, en ciertos casos, el salario de otros solicitantes o empleados. Además, es ilegal que estas empresas tomen represalias o medidas laborales negativas contra usted por haber presentado una consulta o denuncia previa a la denuncia, por haberse opuesto a actos o prácticas considerados ilegales por las autoridades de la OFCCP, o por haber colaborado o participado en una evaluación de cumplimiento o investigación de una denuncia.

Puede ponerse en contacto con 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 el de otros. También puede ponerse en contacto con la OFCCP si cree que el empleador ha tomado represalias o medidas laborales negativas contra usted porque presentó una consulta o denuncia previa a la denuncia, se opuso a actos o prácticas declarados 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 está incumpliendo otras obligaciones de contratista de la OFCCP. Usted no necesita saber con certeza que el empleador es un contratista o subcontratista federal para ponerse en contacto con la OFCCP o para presentar una investigación previa a la presentación de una denuncia. La OFCCP puede brindarle información sobre sus derechos y protecciones en el lugar de trabajo para que usted decida si desea presentar una denuncia ante la OFCCP.

Para que la OFCCP pueda ayudarlo, complete la siguiente información. La OFCCP revisará su consulta para determinar si la OFCCP es la agencia federal adecuada para tratar el asunto. Si tiene preguntas o necesita asistencia, comuníquese con el Servicio de Asistencia de la OFCCP al 1-800-397-6251.

Plazos importantes

El envío de este formulario de consulta a la OFCCP no constituye la presentación de una denuncia. Si no presenta una denuncia por discriminación dentro de los plazos indicados a continuación, perderá sus derechos a proceder a través de OFCCP. El envío de este formulario de consulta no extiende el plazo para la presentación de una denuncia. Si tiene 60 días o menos para presentar una denuncia a tiempo, visite el sitio web de la OFCCP para obtener [instrucciones especiales](http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions) (<http://www.dol.gov/agencies/ofccp/contact/file-complaint/special-instructions>).

Las denuncias basadas en su raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género u origen nacional deben presentarse ante la OFCCP en un plazo de **180 días** a partir de la acción o acciones emprendidas por el empleador que usted considere discriminación o represalia.

Las denuncias en las que se alegue discriminación por discutir, revelar o preguntar sobre la retribución deben presentarse a la OFCCP en un plazo de **180 días** a partir de la(s) acción(es) tomada(s) por el empleador que usted considere discriminatoria(s) o represalia(s).

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 empleador que usted considere constitutiva(s) de discriminación o represalia.

¿Cómo y dónde presento una consulta previa a la denuncia?

Para presentar una consulta previa a la denuncia, rellene todas las secciones de este formulario. Si desconoce la respuesta a una pregunta, escriba "no se sabe". Si una pregunta no es aplicable, escriba "N/A". Si lo presenta en línea, rellene los campos y haga clic en Enviar. Si no lo presenta 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 completar 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>).

ESTA INVESTIGACIÓN PREVIA A LA DENUNCIA NO ES UNA DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN

¿Cómo podemos comunicarnos con usted?

Nombre (Primero, Segundo, Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

¿Con quién podemos ponernos en contacto si no podemos localizarle?

Nombre (Primero, Segundo, Apellido): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____

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: _____

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

Fecha: _____

¿Cree que la discriminación incluye o afecta a otras personas?

Sí No No estoy seguro

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

Nombre del empleador: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

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

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

¿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: _____ |

ESTA INVESTIGACIÓN PREVIA A LA DENUNCIA NO ES UNA DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN

¿Qué práctica laboral cree que fue discriminatoria?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Baja, despido o cese | <input type="checkbox"/> No realizar ajustes razonables para una discapacidad o una creencia, observancia o práctica religiosa sincera | <input type="checkbox"/> Solicitar o divulgar información médica de los empleados |
| <input type="checkbox"/> Acoso (incluida la conducta verbal o física no deseada) | <input type="checkbox"/> Beneficios | <input type="checkbox"/> Conducta que podría disuadir razonablemente a alguien de oponerse a la discriminación, presentar una denuncia o participar en una investigación o procedimiento. |
| <input type="checkbox"/> Contratación o promoción | <input type="checkbox"/> Formación profesional | |
| <input type="checkbox"/> Asignación | <input type="checkbox"/> Clasificación | |
| <input type="checkbox"/> Retribución (salarios o compensaciones desiguales) | <input type="checkbox"/> Remisión | <input type="checkbox"/> Otros: _____ |

¿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): _____

¿Cómo se enteró de que podía pedir ayuda a la OFCCP?

- Internet Cartel Organización comunitaria Reunión/evento OFCCP Folleto Otro: _____

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), con sus modificaciones, y el Título I de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), con sus modificaciones, que la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los Estados Unidos (EEOC) hace cumplir. La OFCCP utiliza esta información para ayudarlo a determinar si la OFCCP es el organismo adecuado para investigar su reclamo. **Proporcionar esta información a la OFCCP no equivale a presentar una denuncia. Si usted no presenta una denuncia por discriminación dentro de los plazos descritos anteriormente, perderá sus derechos a proceder a través de OFCCP.** La información recopilada podrá ser revelada a otros organismos que puedan tener jurisdicción sobre sus alegaciones, como la EEOC.

El suministro de esta información es voluntario; sin embargo, la omisión de la misma puede demorar o impedir que la OFCCP lo ayude a presentar su reclamo.

Declaración de Carga Pública

El tiempo estimado para completar este formulario es de 15 minutos, incluyendo el tiempo para revisar las instrucciones, completar 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 consulta previa a la presentación de una 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 consulta previa a la presentación de la denuncia cumplimentado a esta dirección.**

ESTA INVESTIGACIÓN PREVIA A LA DENUNCIA NO ES UNA DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN