



Queja por discriminación laboral cometida por un contratista o subcontratista federal

Lea las siguientes instrucciones antes de llenar este formulario.

OMB: 1250-0002

Vencimiento: 5/31/2023

Enviar

Vaciar formulario

Imprimir formulario

¿Cómo podemos comunicarnos con usted?	Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido): _____ Calle y número: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____ Casa ____ Trabajo ____ Celular Correo electrónico: _____ ¿Ha denunciado estas acusaciones de discriminación laboral a otra agencia federal o local? _____ Sí _____ No Si contestó que sí, escriba la agencia y la fecha de la denuncia: _____ Nombre del contacto: _____ Número de teléfono: _____				
¿Con quién podemos comunicarnos si no podemos localizarlo?	Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido): _____ Calle y número: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____ Casa ____ Trabajo ____ Celular Correo electrónico: _____				
¿Cuál es el nombre del empleador que cree que lo discriminó o tomó represalias en su contra?	Compañía Nombre: _____ Calle y número: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Número de teléfono: _____ Proporcione las fechas y horas en las que cree que sufrió discriminación o represalias: _____				
¿Por qué cree que su empleador lo discriminó o tomó represalias en su contra?	<table border="0"><tr><td><input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska Indique su afiliación tribal: _____ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco</td><td><input type="checkbox"/> País de origen <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Sexo</td><td><input type="checkbox"/> Orientación sexual <input type="checkbox"/> Identidad de género <input type="checkbox"/> Preguntas sobre la remuneración <input type="checkbox"/> Conversaciones sobre la remuneración <input type="checkbox"/> Divulgación de la remuneración</td><td><input type="checkbox"/> Condición protegida de veterano <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Represalias</td></tr></table>	<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska Indique su afiliación tribal: _____ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> País de origen <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Orientación sexual <input type="checkbox"/> Identidad de género <input type="checkbox"/> Preguntas sobre la remuneración <input type="checkbox"/> Conversaciones sobre la remuneración <input type="checkbox"/> Divulgación de la remuneración	<input type="checkbox"/> Condición protegida de veterano <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Represalias
<input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska Indique su afiliación tribal: _____ <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u otro isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> País de origen <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Orientación sexual <input type="checkbox"/> Identidad de género <input type="checkbox"/> Preguntas sobre la remuneración <input type="checkbox"/> Conversaciones sobre la remuneración <input type="checkbox"/> Divulgación de la remuneración	<input type="checkbox"/> Condición protegida de veterano <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Represalias		
¿Cómo se enteró de que podía presentar una queja ante la OFCCP?	<input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Cartel <input type="checkbox"/> Organización comunitaria <input type="checkbox"/> Reunión o evento de la OFCCP <input type="checkbox"/> Folleto <input type="checkbox"/> Otra				

Su queja:

Describa a continuación lo que cree que el empleador hizo o dejó de hacer y que cree que constituyó discriminación o represalias, incluyendo:

- Las acciones que el empleador tomó en su contra.
- Por qué cree que esas acciones se debieron a su: raza; color; religión; sexo; orientación sexual; identidad de género; país de origen; discapacidad; condición de veterano; o preguntas, conversaciones o divulgaciones referentes a su sueldo o los sueldos de otros; y/o como represalia por presentar una queja, participar en procedimientos sobre discriminación, oponerse a la discriminación ilegal o ejercer cualquier otro derecho protegido por la OFCCP.
- Cuándo ocurrieron las acciones del empleador, en dónde ocurrieron y quiénes participaron.
- Qué perjuicios, de haberlos, sufrieron usted y otras personas debido a la presunta discriminación o represalia.
- Qué explicación, de haberla, ofrecieron su empleador o los representantes de su empleador por las acciones.
- Quiénes estaban en una situación igual o similar a la de usted y cómo fueron tratados. Incluya información sobre esas personas, si la conoce, como su raza, color, religión, sexo, orientación sexual, identidad de género, país de origen, discapacidad o condiciones protegidas.
- Qué información tiene sobre los contratos federales que tenía la compañía para la que trabajaba en el momento de la discriminación o las represalias que describe en esta queja.

<p>¿Cree que la discriminación incluye o afecta a otros?</p>	<p>¿Cree que otros empleados o aspirantes fueron tratados de la misma manera que describió? _____ Sí _____ No</p>
<p>¿Tiene un abogado u otro representante?</p>	<p>Si lo representa un abogado u otra persona u organización, proporcione su información de contacto a continuación.</p> <p>Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido): _____</p> <p>Calle y número: _____</p> <p>Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____</p> <p>Número de teléfono: _____ Correo electrónico: _____</p> <p>¿Con quién debemos comunicarnos si necesitamos más información sobre su descripción de lo que ocurrió? _____ Usted _____ Su representante</p>
<p>Firma y verificación</p>	<p>Declaro bajo pena de perjurio que la información aquí proporcionada es verdadera y correcta en la medida de mi conocimiento y convicción. Una declaración falsa deliberada puede ser sancionada por la ley.</p> <p>Por este medio autorizo la divulgación de la información médica necesaria para esta investigación.</p> <p>Firma del reclamante: _____ Fecha: _____</p>