



Virginia Employment Commission (VEC)
Human Resource Management Services
P.O. Box 26441
Richmond, VA 23261-6441
(804)786-3466/ (804)371-2814 FAX
VRC: 711

Formulario de Queja por Discriminación de Igualdad de Oportunidades

Lea el formulario con atención. **Responda a máquina o en letra de imprenta.** Responda cada pregunta de la forma más completa posible. Si no puede incluir toda su respuesta en el espacio de este formulario, puede agregar más páginas. Si no conoce la respuesta a una pregunta, escriba "no lo sé" en el espacio de la respuesta. Si la pregunta no aplica a su caso, escriba "n/a".

1. ¿Es usted el/la demandante (cliente de VEC) o un representante del/de la demandante? Marque la casilla correcta.

Marque la casilla correcta Demandante Representante

2. Indique su nombre y el resto de la información solicitada en las líneas siguientes. Si usted es representante, proporcione el nombre y la información de contacto del/de la demandante en esta sección, y su propio nombre e información de contacto en la sección 3.

Nombre del/de la demandante

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número(s) de teléfono para comunicarnos con usted (*no dé su número de trabajo si no quiere que le llamemos allí*).

Dirección de correo electrónico

El mejor momento para contactar

3. Si usted es representante del demandante, proporcione su nombre e información de contacto en esta sección y adjunte una carta u otro documento firmado por el/la demandante, autorizándole a actuar como su representante.

Nombre del/de la representante

Organización del/de la representante (si corresponde)

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Para el resto de las preguntas de este formulario, si usted presenta esta queja en nombre de otra persona, "usted" significa esa persona (el/la demandante), no usted personalmente. Por favor, responda según lo haría el/la demandante si el/ella estuviera rellenando el formulario.

4. Esta queja es sobre algo que sucedió (marque la casilla correspondiente):

Solo a mí

A mí y otras personas

Otras personas, pero no a mí

5. Indique el nombre de la agencia, organización o empresa objeto de la queja. Si tiene alguna información de contacto de la agencia, organización o empresa y/o si conoce el nombre de la(s) persona(s) que cree que ejercieron la discriminación, proporcione esa información también. Si necesita más espacio para dar toda la información, adjunte más páginas a este formulario.

Nombre de la división, unidad, oficina

Número(s) de teléfono

Dirección postal

Dirección de correo electrónico

Nombre de la persona que cree que ejerció discriminación

Cargo en el trabajo

6. ¿Qué programa estuvo involucrado en la discriminación de la que se queja? Si no conoce el nombre del programa y su queja no involucra a un Centro de Empleo Estadounidense o un gobierno estatal o local, marque "No lo sé".

Ley de Inversión en la Fuerza Laboral y/o Programa de la Ley de Innovación y Oportunidades en la Fuerza Laboral

Seguro de desempleo

Servicio de empleo o Servicio de trabajo

Programa de la Ley de Asistencia Comercial

Programa de trabajadores agrícolas migrantes y de temporada

Servicios para veteranos

RESEA

Otro (¿Qué programa? _____)

No lo sé

La Comisión de Empleo de Virginia es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles a petición para las personas con discapacidades.

7. ¿Cuál cree que fue la base (razón) de la supuesta discriminación? Marque las casillas junto a todas las bases (razones) cree que tuvieron que ver con la discriminación y responda cualquier otra pregunta que acompañe a esa casilla.

Por mi origen nacional (Responda las preguntas a continuación).

¿Es usted de origen hispano/latino? Sí No

¿Cuál es su origen nacional (el país de donde vinieron usted, sus padres, sus abuelos o sus antepasados anteriores)?

Debido a mi dominio limitado del inglés (¿Cuál es el idioma con el cual se comunica usted con mayor facilidad? Por ejemplo, español, croata, camboyano)_____

Por mi raza (Responda las preguntas a continuación).

¿Cuál es su raza? Marque todos los que apliquen.

Blanco o caucásico

Negro o afroamericano

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico

Asiático

Otro _____

Por mi sexo

(¿Cuál es su sexo?_____)

Por mi embarazo

Acoso sexual

Por mi orientación sexual (¿Cuál es su orientación sexual?_____)

Por mi identidad de género (¿Cuál es su identidad de género?_____)

Acoso sexual

Por mi color (¿Cuál es su color? _____)

Por mi religión (¿Cuál es su religión?_____)

Por mi edad (¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____)

Estatus de veterano

Debido a mi afiliación o creencia políticas (¿Cuál es su afiliación política o creencia políticas?

_____)

Por mi discapacidad (Marque una de las siguientes tres casillas).

Tengo una discapacidad (activa o inactiva actualmente). (¿Cuál es su discapacidad?_____)

La Comisión de Empleo de Virginia es un empleador/programa que ofrece igualdad de oportunidades. Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles a petición para las personas con discapacidades.

Tengo antecedentes de discapacidad. (¿Cuál fue su discapacidad? _____)

No tengo una discapacidad, pero la agencia me trata como si tuviera una discapacidad.

Por mi ciudadanía (¿Cual es su ciudadanía? _____)

Debido a mi participación en un programa con asistencia financiera federal (Nombre del programa: _____)

Tomaron represalias en mi contra porque me quejé de discriminación, o porque di una declaración o estuve involucrado/a de alguna otra manera con una queja de discriminación de otra persona. Proporcione detalles:

-
8. Para cada una de las bases (motivos de discriminación) que marcó anteriormente, explique qué sucedió, cómo usted (o alguien más) sufrió daños por lo que pasó, y cómo o por qué usted piensa que lo que pasó fue debido a los motivos que marcó. *Por ejemplo, si marcó "Por mi raza", enumere los hechos que cree que explican **cómo o por qué** usted cree que lo que pasó fue por la raza de las personas que resultaron dañadas.*

Si otras personas o grupos fueron tratados de manera diferente a usted (o las otras personas que cree que fueron discriminadas), describa quién fue tratado de manera diferente, en qué fue diferente su tratamiento y cómo el tratamiento diferente le perjudicó a usted (o a las otras personas que cree fueron discriminadas). Escriba de manera específica y breve. Proporcione el nombre o nombres y la información de contacto de cualquiera de las personas involucradas, si puede.

Si su respuesta no cabe en el espacio a continuación, utilice más páginas de papel para terminar su respuesta y adjunte esas páginas a este formulario.

-
9. ¿En qué fecha(s) tuvo lugar la supuesta discriminación?
- Fecha de la primera acción: _____
 - Fecha de la última acción: _____
 - Si la fecha de la última acción (acción más reciente) fue hace más de 180 días, explique por qué no presentó una queja antes.

-
10. Enumere a continuación cualquier otra persona (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes ya haya nombrado y con quienes debemos comunicarnos para obtener información sobre su queja. Adjunte páginas adicionales si necesita más espacio para esta información.

Nombre de la persona	Relación con el caso (testigo, compañero, etc.)	Mejor momento para contactar
----------------------	---	------------------------------

Número(s) de teléfono y/o dirección de correo electrónico donde podemos comunicarnos con esta persona.

11. ¿Qué soluciones pide usted?

12. Firme con fecha este formulario en el espacio a continuación que le corresponda a usted. También debe leer el aviso en la página siguiente llamado "Aviso de uso de la información para investigación" y firme con fecha el formulario de consentimiento.

Firma del/de la demandante

Fecha

Envíe la queja por correo postal, correo electrónico o fax a:

Correo postal: Shirley M. Bray-Sledge
Human Relations Manager
Virginia Employment Commission
6606 West Broad Street
Richmond, Virginia 23230

Fax: (804)371-2814

VRC: 711

Email: Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov