

## FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

\* Solamente para quejas de presunta discriminación en contra de un empleado, programa o política del Departamento del Trabajo, Licencia y Regulación

Información de la queja		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono residencial:	(        )        -	Hora y número de teléfono más adecuados para comunicarnos con usted:
Teléfono celular:	(        )        -	Hora: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Trabajo
Teléfono del trabajo:	(        )        -	
Dirección de correo electrónico:		
Dirección de correo electrónico:		

Información del demandado <small>Indique el o los nombres y la o las direcciones del programa DLLR y la o las personas involucradas</small>		
Nombre	Dirección	Teléfono/Ext.
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Programas del DLLR ¿Cuál de los siguientes programas del DLLR estuvo involucrado?	
<input type="checkbox"/> <b>Oficina del Secretario</b>	Oficina/Departamento: _____
<input type="checkbox"/> <b>División de administración</b>	Oficina/Departamento: _____
<input type="checkbox"/> <b>Regulaciones financieras</b>	Oficina/Departamento: _____
<input type="checkbox"/> <b>Mano de obra e industria</b>	Oficina/Departamento: _____
<input type="checkbox"/> <b>División de carreras</b>	Oficina/Departamento: _____
<input type="checkbox"/> <b>Licencias ocupacionales y profesionales</b>	Oficina/Departamento: _____
<input type="checkbox"/> <b>Desarrollo de la fuerza laboral</b>	Oficina/Departamento: _____
<input type="checkbox"/> <b>Administración de desempleo</b>	Oficina/Departamento: _____

## FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

**Acusación(es) de discriminación.** Marque todas las opciones que correspondan

**1. Cuál de los siguientes motivos describe mejor por qué cree que ha sido objeto de discriminación.**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad (Fecha de nacimiento) _____   | <input type="checkbox"/> Raza Especifique: _____            |
| <input type="checkbox"/> Ciudadanía Especifique: _____      | <input type="checkbox"/> Religión Especifique: _____        |
| <input type="checkbox"/> Color Especifique: _____           | <input type="checkbox"/> Represalia/retaliación             |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad Especifique: _____    | <input type="checkbox"/> Estatus de participante de la WIOA |
| <input type="checkbox"/> Origen nacional Especifique: _____ | <input type="checkbox"/> Otro Especifique: _____            |

**2. Cree que la presunta discriminación en su contra tuvo que ver con:**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Su trabajo actual en el DLLR      | <input type="checkbox"/> Accesibilidad de una instalación del DLLR |
| <input type="checkbox"/> La búsqueda de trabajo en el DLLR | <input type="checkbox"/> Recepción de servicios o beneficios       |

Si es así, cuál fue el motivo:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Acceso/adaptación      | <input type="checkbox"/> Baja/despido            | <input type="checkbox"/> Ascenso           |
| <input type="checkbox"/> Solicitud/Contratación | <input type="checkbox"/> Acoso                   | <input type="checkbox"/> Capacitación      |
| <input type="checkbox"/> Beneficios             | <input type="checkbox"/> Recomendación laboral   | <input type="checkbox"/> Otro, especifique |
| <input type="checkbox"/> Disciplina             | <input type="checkbox"/> Evaluación de desempeño |  |

**3. ¿Ha presentado una queja en algún otro lugar sobre este asunto?**  Sí  No

3a. En caso afirmativo, proporcione la siguiente información de cada tribunal, agencia responsable del cumplimiento de la ley u otra entidad ante el que haya presentado una queja

Tribunal o agencia: \_\_\_\_\_  
 Número de causa o lista de causas: \_\_\_\_\_  
 Fecha(s) de presentación: \_\_\_\_\_  
 Fecha del juicio/la audiencia: \_\_\_\_\_  
 Ubicación de la agencia o tribunal: \_\_\_\_\_  
 Nombre del investigador: \_\_\_\_\_  
 Estado del caso: \_\_\_\_\_

**4. ¿Tiene un abogado?**  Sí  No

4a. En caso afirmativo, indique el nombre, la dirección y el número de teléfono.

Nombre _____	Dirección _____	Teléfono _____
_____	_____	_____

**FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN**

**Incidente(s)**

**5. ¿En qué fecha(s) tuvo lugar la o las discriminaciones? (para discriminación continua, indique la fecha del evento más reciente)**

---



---



---

**6. Enumere a continuación las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otras) con las que desea que lo contactemos para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja.**

Nombre	Dirección	Teléfono/Ext.
--------	-----------	---------------

---



---



---



---

**7. Explique de la manera más breve y clara posible lo que sucedió y cómo cree que lo discriminaron. Indique quien estuvo involucrado. Asegúrese de incluir cómo cree que trataban a otras personas de manera diferente a usted. Además, adjunte cualquier documentación escrita relacionada con este asunto (si es necesario, adjunte hojas adicionales).**

---



---



---



---



---



---



---

## FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

### Incidente(s). continuación

8. ¿Por qué cree que se produjeron estos eventos?

---

---

---

9. ¿Qué otra información cree que es importante para la investigación de su o sus acusaciones?

---

---

10. Si esta queja se ha resuelto a su satisfacción, ¿qué soluciones solicita?

---

---

Para quejas relacionadas con programas del DLLR financiados de forma total o parcial por el Departamento del Trabajo de Estados Unidos (United States Department of Labor, USDOL):

Si decide presentar su queja ante el Departamento del Trabajo, Licencia y Regulación (Department of Labor, Licensing and Regulation, DLLR), debe esperar hasta que el DLLR emita una sentencia o hasta que hayan transcurrido 60 días, lo que ocurra primero, antes de presentar una queja ante el Centro de Derechos Civiles (Civil Rights Center, CRC) del Departamento del Trabajo de Estados Unidos (USDOL) (200 Constitution Avenue, N.W., Room N-4123, Washington, DC 20210). Si el DLLR no le ha informado una decisión por escrito dentro de los 90 días posteriores a la presentación de la queja, no tiene que esperar a que se emita una decisión, sino que puede presentar una queja ante el CRC dentro de los 30 días posteriores al vencimiento del período de 90 días. Si no está satisfecho con la resolución del DLLR respecto de su queja, puede presentar una queja ante el CRC. Dicha queja debe presentarse dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la notificación de resolución del DLLR.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Oficina de Prácticas Justas del DLLR

1100 NORTH EUTAW STREET, ROOM 613 • BALTIMORE, MARYLAND 21201

TELÉFONO: (410) 230-6319 • FAX: (410) 225-3282 • SERVICIO DE

RETRANSMISIÓN DE MARYLAND: 7-1-1

CORREO ELECTRÓNICO: [DLOFP-DLLR@MARYLAND.GOV](mailto:DLOFP-DLLR@MARYLAND.GOV) • SITIO WEB: [WWW.DLLR.MARYLAND.GOV](http://WWW.DLLR.MARYLAND.GOV)

• YVETTE DICKENS, DIRECTORA INTERINA