

FORMULARIO DE QUEJA COMISIÓN DE DERECHOS CIVILES DE IOWA

515-281-4121 / 800-457-4416 / Fax: 515-242-5840 / <https://icrc.iowa.gov>

(PARA EL USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE)

ICRC CP# _____	Iowa Civil Rights Commission 400 East 14th Street Des Moines, Iowa 50319-0201
Local Commission# _____	
EEOC# _____	

(POR FAVOR ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA CLARA)

-----SECCIÓN 1 • INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE-----

Su nombre legal: _____

Su dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: _____ Su sexo / género: _____

¿Ha presentado previamente esta queja con cualquier otra agencia federal, estatal, o local que lucha contra la discriminación? Sí No

Si "sí", ¿cuál agencia? _____ ¿Cuándo? _____

-----SECCIÓN 2 • INFORMACIÓN SOBRE DISCRIMINACIÓN-----

1. Por favor, indique el **ÁREA** o las **ÁREAS** relacionadas con la discriminación.

- | | | |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Servicios públicos | <input type="checkbox"/> Vivienda |
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Crédito | <input type="checkbox"/> Represalia |

2. Por favor, indique la **ACCIÓN** o las **ACCIONES** que la organización tomó contra usted.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Descenso de la categoría profesional | <input type="checkbox"/> No se le entrenó |
| <input type="checkbox"/> Se le negaron adaptaciones o modificaciones del trabajo | <input type="checkbox"/> Forzado a renunciar/jubilarse |
| <input type="checkbox"/> Se le negaron beneficios | <input type="checkbox"/> Hostigamiento |
| <input type="checkbox"/> Se le negaron servicios financieros/de crédito | <input type="checkbox"/> Recorte de trabajadores/Reducción de personal |
| <input type="checkbox"/> Se le negaron servicios | <input type="checkbox"/> Reducción en horas |
| <input type="checkbox"/> Disciplina | <input type="checkbox"/> Reducción de salarial |
| <input type="checkbox"/> Desalojo | <input type="checkbox"/> Acoso sexual |
| <input type="checkbox"/> Se le negó un contrato/no se lo contrató | <input type="checkbox"/> Suspensión |
| <input type="checkbox"/> Se le negó un ascenso/promoción | <input type="checkbox"/> Despido |
| <input type="checkbox"/> Se le negó un alquiler/una renta | <input type="checkbox"/> Asignación/traslado indeseable |
| <input type="checkbox"/> No se le volvió a contactar para regresar | <input type="checkbox"/> Desigualdad salarial |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

3. Por favor, indique la **BASE** o las **BASES** (razones) por las que fue discriminado/a.

a. ¿Usted cree que fue discriminado por su raza? _____

Si “sí” ¿cuál es su raza? _____

b. ¿Usted cree que fue discriminado por su color de piel? _____

Si “sí” ¿cuál es su color de su piel? _____

c. ¿Usted cree que fue discriminado por su origen nacional o país de origen? _____

Si “sí” ¿cuál es su origen nacional o de qué país es usted)? _____

d. ¿Usted cree que fue discriminado por su sexo? _____

Si “sí” ¿de qué sexo es usted? _____

e. ¿Usted cree que fue discriminado por su orientación sexual? _____

Si “sí” ¿cuál es su orientación sexual? _____

f. ¿Usted cree que fue discriminado por su identidad de género? _____

Si “sí” ¿con qué género se identifica usted? _____

g. ¿Usted cree que fue discriminado por un discapacidad real o percibida? _____

Si “sí” ¿cuál es su discapacidad real o percibida? _____

h. ¿Usted cree que fue discriminado por su religión o credo? _____

Si “sí” ¿cuál es su religión o credo? _____

i. ¿Usted cree que fue discriminada por su embarazo o por una condición relacionada con su embarazo? _____

j. Si su queja está relacionada con aspectos de empleo o crédito ¿cree usted que fue discriminado por su edad? _____

Si “sí” ¿cree usted que fue discriminado por ser más grande o más joven?

k. Si su queja está relacionada con aspectos de vivienda o crédito ¿cree usted que fue discriminado por su situación familiar (presencia de niños en el hogar)?

Si “sí” ¿cuántos niños viven con usted? _____

l. Si su queja está relacionada con aspectos de crédito ¿cree usted que fue discriminado por su estado civil? _____

Si “sí” ¿cuál es su estado civil? _____

m. ¿Cree usted que alguien tomó represalias contra usted porque usted reportó discriminación a alguien dentro de la organización, radicó una queja con la ICRC, o participó como testigo en los procedimientos de una agencia que lucha contra la discriminación?

Si “sí” ¿qué reportó o reclamó y a quién?

Diga que le pasó como resultado de su reporte o queja.

4. ¿En qué fecha (mes/día/año) sucedió el incidente discriminatorio MÁS RECIENTE (OBLIGATORIO):

5. Si empleo es el área ¿cuál es la fecha de su contratación o aplicación? _____

6. ¿Sigue empleado por la organización que le discriminó? Sí No

Si “no”, ¿cuándo se terminó su empleo? _____ (mes, día, año)

Si “no”, ¿cómo se terminó su empleo?

Despedido

Renuncié

Forzado a renunciar

-----SECCIÓN 3 • INFORMACIÓN DEL DEMANDANDO-----

7. ¿Cuál es el nombre legal completo de la organización que le discriminó?

[Esta entidad será acusada de discriminación y se le mandará una copia de la queja].

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono (_____) _____ - _____

8. Si la organización que usted nombró en la pregunta #7 tiene una empresa matriz u oficina corporativa, escriba el nombre aquí.

[Esta entidad también será acusada de discriminación y se le mandará una copia de la queja].

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código postal: _____ Teléfono: (_____) _____ - _____

9. Provea la dirección completa del lugar donde ocurrió la discriminación:

10. Si usted está alegando hostigamiento, identifique a la persona o las personas que le hostigaban.

Estas personas serán acusadas de discriminación y se les dará una copia de su queja.

Aviso: No se puede nombrar personas individuales como demandados en quejas en el área de educación.

Nombre: _____ Puesto de trabajo: _____

Dirección del trabajo o casa: _____

Nombre: _____ Puesto de trabajo: _____

Dirección del trabajo o casa: _____

Si fue hostigado por más de dos personas, por favor incluya los nombre, puesto de trabajo, y direcciones de esas personas en un hoja aparte, y provea esa hoja.

11. Si el área es empleo, indique la cantidad aproximada total de TODOS los empleados (tiempo completo y medio tiempo) en TODAS las localidades de los Estados Unidos (OBLIGATORIO):

4-14

15-19

20-100

101-200

201-500

500+

-----SECCIÓN 4 • RESUMEN DE LAS ALEGACIONES-----

Por favor describa lo que le pasó a usted. Diga cómo fue discriminado. ¿Qué pasó? ¿Cuándo pasó? Asegúrese de abordar cada acción que usted eligió en la página uno y cada base (razón) que indicó en la página dos. *[Por favor, lea las instrucciones antes de escribir su resumen].*

Yo declaro bajo penalidad de perjurio y de acuerdo a las leyes del Estado de Iowa y las leyes de los Estados Unidos de América que la queja que precede es correcta y verdadera.

X _____
Firma del Demandante (OBLIGATORIO) **Fecha**

No es necesario que usted proporcione cualquier documentación adicional ahora. Tenga en cuenta que cualquier documentación proporcionada con su queja estará mandada a **todos** los partes nombrados junto con este formulario. Será una oportunidad proporcionar documentación adicional más adelante si/cuando la queja este aceptada por la Comisión de Derechos Civiles de Iowa.