Department of Equal Opportunity

Office for Civil Rights

107 East Madison Street – MSC 150

Tallahassee, Florida 32399-4129

Teléfono: 850-921-3205

 Fax: 850-921-3122 Correo electrónico: civil.rights@deo.myflorida.com

TTY (mediante el Florida Relay Service [Servicio de Retransmisión de Florida]): 711

### Paquete para quejas contra la discriminación

**Tenga en cuenta:** si necesita ayuda para completar el formulario adjunto, comuníquese con la Office for Civil Rights (OCR, Oficina de Derechos Civiles). La información de contacto aparece al inicio.

**Quiénes pueden presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles del Department of Economic Opportunity (DEO, Departamento de Oportunidad Económica)**

**No todos son elegibles para presentar una queja a la Oficina de Derechos Civiles (OCR).** Pueden presentar una queja por discriminación a la OCR las personas o los representantes de las personas que se sientan objeto de discriminación ilegal por alguno de los siguientes:

* Una política, un programa, una actividad o algún empleado del DEO.
* Un beneficiario (por ejemplo, un empleador o un proveedor de servicios) que reciba asistencia financiera federal (por ejemplo, financiamiento) por medio del DEO.

Esto incluye a todos los empleados y voluntarios del DEO y a los solicitantes de empleo, que se sientan discriminados, ya sea en el trabajo o durante los procesos de contratación, promoción o despido.

Esto también incluye a clientes, beneficiarios o solicitantes de servicios que el DEO provea directa o indirectamenteque sientan que se les negaron servicios o se los trató de manera diferente por razones de discriminación ilegal.

#### NOTIFICACIÓN ACERCA DEL USO DE INFORMACIÓN PERSONAL PARA FINES DE INVESTIGACIÓN

La información personal entregada a organismos federales se rige por dos leyes federales: la Privacy Act (Ley de Privacidad) de 1974, título 5, párrafo 552a, y la Freedom of Information Act (Ley de Libertad de Información), título 5, párrafo 552, ambas del United States Code (Código de Estados Unidos). Debido a que el DEO recibe asistencia financiera federal, la OCR también cumple, de manera voluntaria, con el objetivo de estas leyes federales. La información incluida en una queja presentada ante la OCR también se rige por una ley estatal, la Public Records Law (Ley de Registros Públicos) de Florida, capítulo 119 de Florida Statutes (Legislación de Florida). Observe cómo se aplican estas leyes a la información relacionada con su queja. Luego de leer esta notificación, firme el acuerdo de consentimiento adjunto y envíelo con el formulario de la queja.

La Ley de Privacidad de 1974 protege a las personas del uso indebido de información personal que les pertenece y está en poder del gobierno federal. La ley rige para los registros que se archivan y se pueden localizar por medio del nombre, el número de seguro social u otro sistema de identificación personal. Toda persona que presente información a la OCR en relación con una queja por discriminación acepta lo siguiente:

* La OCR investigará toda queja que se le presente. La OCR podrá solicitar asistencia y apoyo de la Office of the Inspector General (OIG, Oficina del Inspector General).
* La OCR está facultada para investigar quejas relacionadas con discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, estado civil, afiliación o ideas políticas. Asimismo, y solo para beneficiarios, discriminación por ciudadanía, estatus como trabajador extranjero autorizado o participación en programas de la Workforce Investment Act (WIA, Ley de Inversión en la Fuerza Laboral).
* Personal autorizado de la OCR o la OIG analizan la información que recopilan las respectivas oficinas. Esta información puede incluir registros de personal o de participantes en programas, u otro tipo de información personal. Es posible que la OCR o la OIG deban revelar información personal a determinadas personas, a fin de verificar hechos relacionados con la queja o para conocer otros hechos que puedan facilitar la investigación. Dicha información puede incluir, por ejemplo, el estado físico o la edad del denunciante. También es posible que la OCR o la OIG deban revelar información personal ante una solicitud autorizada por ley.
* La OCR y la OIG también pueden revelar a personas que no pertenecen a esas oficinas la información recibida si esto fuera necesario a fin de llevar a cabo procedimientos para exigir el cumplimiento normativo a algún programa que haya infringido la ley o las normas y políticas del DEO. Dicha información puede incluir, por ejemplo, el nombre, la edad, el estado civil o el estado físico del denunciante.
* Durante una investigación, la información personal se usará solo para el fin específico para el que se solicitó. La OCR o la OIG solicitarán información personal solamente con el fin de llevar a cabo actividades autorizadas para hacer cumplir y determinar si se cumplen las leyes y reglamentaciones de derechos civiles, y las normas y políticas del DEO. La OCR o la OIG no darán a conocer información personal a persona u organización alguna, salvo que la persona que haya presentado la información otorgue su consentimiento escrito, o salvo que la ley exija que se revele.
* Ninguna ley exige que el denunciante revele información personal a la OCR, y no se tomará medida alguna contra una persona que se niegue a dar información personal solicitada por la OCR. No obstante, si la OCR o la OIG no pueden obtener la información necesaria para realizar la investigación completa de lo manifestado en una queja, la OCR puede cerrar el caso.
* La Ley de Registros Públicos de Florida da al público el máximo acceso a los archivos y registros del gobierno estatal. Las personas pueden solicitar y recibir información de diversos tipos de registros que conserva el gobierno estatal, no solo material referido personalmente a ellas. Por lo general, un documento de queja no es un registro público durante el curso de una investigación, y ni el denunciante ni otras personas tienen acceso al material de la investigación. No obstante, una vez concluida la investigación y cuando se tomaron las medidas del caso, cualquier persona puede acceder al material de la investigación. También pueden solicitar y recibir copias de toda la información, incluidos algunos documentos con información personal que la OCR o la OIG mantengan en sus respectivos archivos de investigaciones. El DEO debe cumplir con todas las solicitudes de información presentadas de conformidad con la Ley de Registros Públicos, con muy pocas excepciones. Se podrán preservar algunas formas de información personal, como los números de seguro social. Todo empleado o toda persona que reciba o dé a conocer información confidencial de manera que infrinja la ley, comete un delito menor en segundo grado, punible según la Legislación de Florida. Sin embargo, se puede dar a conocer otro tipo de información personal. Cada decisión se toma de conformidad con las leyes estatales y federales aplicables.

Durante el curso de una investigación, es política de la OCR y la OIG revelar nombres y alguna otra información de identificación de personas solo cuando esto es necesario para realizar actividades de investigación o para exigir el cumplimiento de las normas a un programa o una persona, en caso de que hayan infringido la ley, o las normas o políticas del DEO.

***Guarde esta notificación para su constancia.***

ESTA PÁGINA

SE DEJA INTENCIONALMENTE

EN BLANCO

**Formulario de información de quejas por discriminación**

1. **Su información de contacto**

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Números de contacto (incluido el código postal):

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono particular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_Teléfono del trabajo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique el lugar y la hora más convenientes para que nos comuniquemos con usted por teléfono con relación a esta queja.

\_\_\_ En el hogar \_\_\_ En el trabajo \_\_\_ Otro lugar (domicilio de un vecino, pariente, etc.)

Número de teléfono para llamar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Día: | Lunes | Martes | Miércoles | Jueves | Viernes  | Sábado | Domingo |
| Hora más conveniente: |  |  |  |  |  |  |  |
| Otra hora conveniente: |  |  |  |  |  |  |  |

**Instrucciones especiales para comunicarnos con usted:** (*Ejemplo:* "No mencionar esta queja al dejar el mensaje")

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Comunicación con el denunciado**

Por lo general, el “denunciado" es el empleador, la organización o autoridad similar en cuyo entorno se produjo la presunta discriminación. Díganos cómo contactar al denunciado. ***NO*** escriba aquí información sobre personas en particular que puedan haberlo discriminado. En la sección 4 se provee el espacio para escribir esa información.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Estado:\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Cuando tuvo lugar el acto de discriminación?**

Fecha de la primera vez que ocurrió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de la última vez que ocurrió: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**4. Infórmenos acerca de los incidentes.**(Si es necesario, use hojas adicionales).

* Explique de la manera más breve y clara posible, qué ocurrió y de qué manera lo discriminaron.
* Indique quién lo discriminó. Incluya nombres y títulos o cargos.
* Si se trató a otras personas de manera diferente que a usted, asegúrese de informarnos en qué consistía la diferencia.
* Si lo necesita, use papel adicional.
* Adjunte todo documento que piense que nos podría ayudar a comprender mejor su queja.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**5. Base de la discriminación**

* Marque el motivo que usted piensa que es la base de la discriminación contra usted, por ejemplo, su edad, raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, etc.
* Si piensa que hubo más de una razón, puede marcar más de una opción.

\_\_\_ Edad Si la marcó, agregue su fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Ciudadanía o estatus como trabajador extranjero en EE. UU.

\_\_\_ Color

\_\_\_ Discapacidad Si la marcó, especifique cuál es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Información genética

\_\_\_ Estado civil (solo en los términos de la ley de Florida)

\_\_\_ Nacionalidad de origen Si la marcó, especifique cuál es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Afiliación política

\_\_\_ Ideas políticas

\_\_\_ Raza Si la marcó, especifique cuál es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique lo siguiente: \_\_\_ de origen hispano o latino \_\_\_ no de origen hispano o latino

\_\_\_ Religión

\_\_\_ Represalias Si la marcó, explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_ Sexo Si la marcó, especifique cuál es: \_\_\_ Masculino \_\_\_ Femenino

 Esta acusación incluye acoso sexual: \_\_\_ Sí \_\_\_ No

\_\_\_ Estatus como participante de un programa de la Workforce Investment Act (WIA, Ley de Inversión en la Fuerza Laboral)

**6. ¿Qué le hace pensar que los eventos ocurridos se debieron a discriminación o la provocaron?** (Si lo necesita, use papel adicional).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **¿Cuál sería una solución satisfactoria para usted con respecto a esta queja?** (Si lo necesita, use hojas adicionales).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Testigos y otros contactos** (Si lo necesita, use hojas adicionales).
* A continuación, haga una lista de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otras) a quienes podemos contactar para obtener información adicional que respalde o aclare su queja.
* Indique la relación que tienen con usted (testigo, supervisor, etc.).
* ¿Saben que usted presentó esta queja y que es posible que alguien se comunique con ellos?

Nombre Dirección postal Número de teléfono Relación Espera comunicación

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**9. ¿Intentó usted resolver con el denunciado mencionado en la sección 2 las cuestiones que plantea en la queja?**

\_\_\_ Sí \_\_\_ No

Si marcó "Sí", conteste las siguientes preguntas:

* ¿Presentó su queja por escrito? \_\_\_ Sí \_\_\_ No
* ¿En qué fecha presentó la queja? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* ¿Dónde presentó la queja?

 Nombre del organismo, operador de one-stop,

 proveedor de servicios o de otra oficina: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dirección postal o casilla de correo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Número de teléfono: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre de la persona de contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* ¿Se le proporcionó una resolución definitiva o un informe? \_\_\_ Sí \_\_\_ No

 Si marcó "SÍ", adjunte una copia.

**10. ¿Existe actualmente una queja o una demanda judicial abierta con respecto a los asuntos que se indican en este formulario o se presentarán ante alguna de las siguientes entidades?**

 \_\_\_ Florida Commission on Human Relations (Comisión de Relaciones Humanas de Florida)

 \_\_\_ U.S. Equal Employment Opportunity Commission (Comisión para la Igualdad de

 Oportunidades en el Empleo de EE. UU.)

 \_\_\_ Civil Rights Center (Centro de Derechos Civiles), U.S. Department of Labor (Departamento de

 Trabajo de EE. UU.)

 \_\_\_ Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles), U.S. Department of Education

 (Departamento de Educación de EE. UU.)

 \_\_\_ Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles), U.S. Department of Health and Human

 Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.)

 \_\_\_ Civil Rights Division (División de Derechos Civiles), U.S. Department of Justice (Departamento

 de Justicia de EE. UU.)

 \_\_\_ Tribunales estatales o federales

 \_\_\_ Otros organismos federales, estatales o locales Especifique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Si marcó "SÍ", indique el número de expediente del caso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**11. Provea cualquier otra información que pueda contribuir para investigar esta queja.** (Si lo necesita, use hojas adicionales).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**12. Elección de un representante personal**

* + Para tratar esta queja, puede optar por tener a alguien que lo represente. Puede ser un pariente, un amigo, un representante sindical, un abogado o alguna otra persona.
	+ Si decide tener a alguien que lo represente, todas las comunicaciones para usted se enviarán a su representante.

Autorizo a la siguiente persona para que me represente en esta queja:

\_\_\_ Nadie (pase a la sección 13)

\_\_\_ La persona indicada a continuación

Autorización de un representante personal

Autorizo a la persona mencionada a continuación a actuar en mi nombre como mi representante personal, en asuntos tales como mediación, reuniones para establecer acuerdos o investigaciones relacionadas con esta queja.

Nombre: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Números de contacto (incluido el código postal):

Dirección: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Teléfono particular: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Teléfono móvil: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_Código postal: \_\_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo: \_\_\_\_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del denunciante Nombre en letra de imprenta del denunciante

**Acuerdo firmado por su representante personal**

En carácter de la persona identificada previamente, acepto ser el representante personal del denunciante en este caso. Asimismo, acepto cumplir con todos los requisitos y acuerdos de confidencialidad.

 \_\_\_ NO soy abogado

 \_\_\_ Soy abogado con registro en el estado de \_\_\_\_\_\_\_\_\_,

 Número de registro de abogado: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del representante Nombre en letra de imprenta del representante

13. Alternative Dispute Resolution (ADR, resolución alternativa de disputas)

**Nota:** Usted debe indicar si desea participar en la ADR. Para hacerlo, escriba SÍ o NO en los espacios a continuación. La OCR no podrá iniciar el proceso de su queja hasta tanto usted haya tomado esta decisión.

**¿Por qué elegir la ADR?**

* La ADR es una alternativa para la investigación de la queja**.**
* Ni usted (el denunciante) ni el denunciado pierden nada por intentar reconciliar diferencias por medio de la ADR.
* La OCR no sacará conclusiones ni indicará remediaciones durante la ADR. Las partes de la queja (el denunciante y el denunciado) revisan los hechos, discuten opiniones sobre los hechos y se esfuerzan para lograr un acuerdo satisfactorio para ambos. La ADR pone la facultad de resolver la queja en las manos de quienes son más capaces de lograr una conclusión satisfactoria. Estas son las ventajas:
1. La aceptación para participar en la ADR no es una confesión de culpabilidad del denunciado. Es, simplemente, un acuerdo para intentar encontrar una resolución sin una investigación que insume tiempo y es costosa, y sin la participación de tribunales.
2. Usted (o su representante personal) podrán negociar un acuerdo satisfactorio.
3. El proceso de la ADR alienta la comunicación franca, dado que es privado.
4. El denunciante y el denunciado, o sus respectivos representantes, firman las condiciones del acuerdo.
5. Los acuerdos son legalmente vinculantes tanto para el denunciante como para el denunciado.
6. Si no se logra un acuerdo, de inmediato se continúa la investigación formal.
7. Si no se cumple con el acuerdo logrado mediante la ADR, cualquiera de las partes intervinientes en el acuerdo pueden presentar una queja a la OCR o al Civil Rights Center (CRC, Centro de Derechos Civiles) del Department of Labor (Departamento de Trabajo) de EE. UU.
8. Si se denuncia el incumplimiento del acuerdo, se abrirá una nueva investigación.
9. Si se denuncian represalias, se abrirá una nueva investigación.

**¿Desea participar en una Alternative Dispute Resolution (ADR, resolución alternativa de disputas) antes de que se lleve a cabo una investigación formal?**

(Coloque sus iniciales en el espacio en blanco al lado de SÍ o NO, a continuación.)

 \_\_\_\_\_\_\_ SÍ, deseo participar en la ADR.

 \_\_\_\_\_\_\_ NO, no deseo participar en la ADR.

Si selecciona "SÍ", usted manifiesta que desea participar en la ADR, y nos comunicaremos con usted en el plazo de 5 días hábiles, con más información.

**14. Información personal y revelación de su identidad**

Después de leer lo siguiente, complete la **sección A** o la **sección B**, a continuación:

He leído la *Notice About Investigatory Uses of Personal Information (Notificación sobre usos de la información personal para fines de investigación)* que se provee en la cubierta de este paquete. Comprendo las siguientes disposiciones de la Ley de Privacidad, la Ley de Libertad de Información y la Ley de Registros Públicos de Florida, que rigen la información personal que entrego a la OCR con mi queja:

* En el curso de la investigación de mi queja, es posible que la OCR o la OIG tengan que revelar mi identidad al personal del programa o a la persona mencionada en mi queja, para obtener hechos y pruebas relacionados con dicha queja.
* No tengo obligación de revelar información personal a la OCR, pero la OCR puede cerrar el caso de mi queja si me niego a revelar información necesaria para la completa investigación de mi queja.
* Una vez finalizada la investigación, puedo solicitar y recibir una copia de la información personal archivada en la OCR para fines de la investigación de la queja.
* En determinadas condiciones, por exigencias legales, la OCR puede tener que revelar a otras personas la información personal que les proporcioné en relación con mi queja.

**SECCIÓN A**

\_\_\_\_\_ LA OCR O LA OIG PODRÁN REVELAR MI IDENTIDAD SI ES NECESARIO PARA INVESTIGAR MI QUEJA. He leído y comprendo la notificación precedente y doy mi consentimiento para que la OCR investigue mi queja.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del denunciante Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del denunciante

**SECCIÓN B**

\_\_\_\_\_ LA OCR O LA OIG **NO PODRÁN** REVELAR MI IDENTIDAD, AUNQUE SEA NECESARIO PARA INVESTIGAR MI QUEJA. He leído y comprendo la notificación precedente y no doy mi consentimiento para que la OCR o la OIG revelen mi identidad durante la investigación de mi queja.

 Solicito que la OCR investigue mi queja; no obstante, comprendo que la OCR podrá cerrar el caso de mi queja si no puede realizar la investigación completa sin revelar mi identidad. También comprendo que la OCR podrá cerrar el caso de mi queja si no puede iniciar la investigación, debido a que no he dado mi consentimiento para que la OCR o la OIG revelen mi identidad.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del denunciante Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del denunciante

**15. Firmas**

**Para que se procese su queja, debe firmar o colocar sus iniciales en estas secciones.**

* Sección 12 – Elección de un representante personal

*(Firme la sección 12 solo si designará un representante personal)*

* Sección 13 – Elección de la ADR (Coloque sus iniciales al lado de SÍ o NO)
* Sección 14 – Información personal y revelación de su identidad

*(La firma de la sección 14 es obligatoria para todas las quejas)*

**Debe firmar y colocar la fecha a continuación.**

* Su firma a continuación significa que autoriza a la OCR a investigar su queja.
* Las quejas enviadas por fax o por otros medios electrónicos se registrarán en el sistema, pero la investigación oficial no se podrá iniciar hasta tanto se reciba el documento original firmado.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma del denunciante Fecha

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del denunciante

* **La OCR le recomienda hacer, como mínimo, una copia completa de este paquete y guardarla para su información.**
* **Si designó un representante personal, asegúrese de entregarle una copia.**
* **Antes de enviar la queja, separe la *NOTIFICACIÓN SOBRE USOS DE INFORMACIÓN PERSONAL PARA FINES DE INVESTIGACIÓN.***

***ESTA SECCIÓN ES PARA USO EXCLUSIVO DE LA OCR.***

|  |  |
| --- | --- |
|  DEO Regional Workforce Boards (RWB, Juntas de Fuerza Laboral Regional) One Stop Center/ubicación Community College (Universidad pública comunitaria)  Vocational/Technical Education Program (Programa Vocacional y de Educación Técnica) Proveedor de servicios  Otros  |  Older Americans (Estadounidenses mayores) Seguro de desempleo Ley Wagner-Peyser Título I de la Workforce Investment Act (Ley de Inversión en la Fuerza Laboral) Transición del desempleo al empleo Jóvenes |
| **Relación con el empleo** | **Relación con prestaciones de servicios** |
|  Acceso y alojamiento Procesamiento de solicitudes Beneficios Descenso de categoría Medidas disciplinarias Acoso e intimidación Contrataciones de personal Asignaciones de trabajos Clasificación de trabajo Barrera idiomática |  Suspensión por falta de trabajo/Reduction in Force (RIF, reducción de personal) Evaluación de desempeño Afiliación o ideas políticas Promoción Reubicación o traslado Retiro de la RIF Pruebas y aptitudes Cese o despido Capacitación Decisiones sobre salarios y paga |  Acceso y alojamiento Beneficios Determinación de elegibilidad Acoso e intimidación Entrevistas Barrera idiomática**Comentarios:** |  Afiliación o ideas políticas  Ubicación Derivaciones Selección e inscripción Pruebas y evaluaciones Programas de capacitación/institución Transporte |