



**COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL
ESTADO DE WASHINGTON
CUESTIONARIO DE
DISCRIMINACION EN EL EMPLEO**
Teléfono: (360) 753-6770 | FAX: (360) 586-2282
Línea Telefónica Gratuita: 1-800-233-3247

PARA USO OFICIAL

WSHRC DATE STAMP

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington (Comisión) es una agencia neutral. No actúa como representación para ninguna persona ni grupo durante la investigación, pero actúa como defensores para la ley con el interés de prevenir o eliminar discriminación.

**Proporcione respuestas completas a todas las preguntas y escriba de manera legible.
NO ACEPTAMOS CUESTIONARIOS INCOMPLETAS**

Si necesita una acomodación razonable para llenar este formulario, por favor póngase en contacto con nosotros al 1-800-233-3247 o por correo electrónico al frontdesk@hum.wa.gov.

Después de completar el cuestionario, devuélvalo inmediatamente:

**711 S. Capitol Way, Suite 402 / PO BOX 42490
Olympia, WA 98504-2490**

o por correo electrónico al

frontdesk@hum.wa.gov

MARQUE AQUÍ SI YA HA PRESENTADO SU QUEJA CON OTRA AGENCIA

¿Si si, que es el nombre de la agencia?

La fecha en que usted presento su queja:

Número de caso:

¿Cuál es el estado del caso?

INFORMACION PERSONAL

CAMBIO EN SU INFORMACION DE CONTACTO

Es su obligación cooperar con la investigación, incluyendo notificando a la Comisión de cualquier cambio de dirección, número de teléfono o cualquier ausencia prolongada de su dirección actual o teléfono. Si no notifica a la Comisión de cualquier cambio de dirección o ausencia prolongada, su queja puede ser cerrada administrativamente debido a que no fue posible comunicarnos con usted, o puede cerrarse en función de la evidencia disponible con el caso en ese momento.

Nombre:

Apellido:

Numero de Casa:

Numero de Celular:

Correo Electrónico:

Sexo/genero:

Dirección:

Depto./Unidad #:

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código Postal:

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted?

¿Cuáles son los mejores días y horarios para contactarlos?

¿QUIEN CREE QUE HA DISCRIMINADO EN CONTRA DE USTED?

- Empleado Unión / Sindicato Agencia de Empleo Otra Organización

Nombre de la Organización:

Proporcione la dirección del lugar donde trabaja o trabajaba o aplico al trabajo:

Dirección física: Suite:

Ciudad: Condado: Estado: Código Postal:

Dirección de envío (si es diferente a la dirección anterior):

Dirección de envío: Suite:

Ciudad: Condado: Estado: Código Postal:

Nombre del Director de Recursos Humanos o Propietario:

Correo Electrónico: Número de Teléfono:

¿Cuántos empleados (estimados) tiene la organización en todas las ubicaciones? Marque uno:

- Menos de 8 8-14 15-100 101-200 201-500 500 +

¿PORQUE CREE QUE FUE DISCRIMINADO?

Edad (mas de 40) - Su edad en el momento del acto discriminatorio:

Raza - Color (de su piel) -

Origen Nacional - Religión/ Credo -

Estado de VIH / Hepatitis C Estado Civil

Sexo (incluye embarazo) Estatus de Veterano

Orientación sexual / Identidad de Género Estado de ciudadanía / inmigración

Discapacidad - Marque lo que corresponda: Uso de un perro guía entrenado o animal de servicio

Tengo una discapacidad. - La discapacidad es:

Tuve una discapacidad en el pasado.

No tengo una discapacidad, pero me tratan como si tuviera una discapacidad.

¿Su empleador sabía sobre su condición? Si No

¿Como supieron?

Represalias de denunciantes **de empleados estatales** / Otras represalias denunciantes

¿Ha presentado una queja de denunciante ante otra agencia?

¿Cuando? ¿Cuál fue el problema?

Represalia - Marque todo lo que aplique

Presenté un cargo de discriminación laboral por cualquiera de los anteriores.

Me puse en contacto con una agencia gubernamental para quejarme por discriminación laboral.

Me quejé a mi empleador sobre la discriminación laboral.

Ayudé o fui testigo en la queja de otra persona sobre discriminación laboral.

¿CUÁL ES TU TRABAJO, TRABAJO ANTERIOR O EL TRABAJO QUE SOLICITÓ?

Fecha de contratacion: Salario Inicial:

Titulo de trabajo al empezar: Salario Actual o Ultimo:

Su titulo al ser presuntamente discriminado/a:

Si no trabaja por el empleador, cuando fue su ultimo dia? Renuncio Fue despedido

Nombre y Título de su Supervisor Inmediato:

Solicitantes de empleo: cual era el titulo del trabajo que solicito?

Fecha aplicada: Fecha en que descubrió que no fue contratado:

¿QUE LE PASO QUE CREE QUE FUE DISCRIMINATORIO Y CUANDO SUCEDIO?

EJEMPLOS: Me negaron una acomodación razonable que necesitaba para mi trabajo; Me despidieron porque estaba embarazada; Me despidieron por mi edad. Indique las fechas en que ocurrió la acción.

Fecha: Accion:

Fecha: Accion:

¿QUÉ RAZON(ES) FUE DADA(S) PARA ESTA ACCIÓN?

Nombre de la(s) persona(s) responsable(s):

Razon(es):

¿Quién te dijo esto? Su titulo de trabajo:

¿HABIA ALGUNA PERSONA EN LA MISMA SITUACIÓN O SIMILAR QUE FUE TRATADÓ LO IGUAL, MEJOR O PEOR QUE USTED?

EJEMPLOS: ¿Quién más solicitó el mismo trabajo? ¿Quién más tenía la misma asistencia?

¿Quién fue tratado mejor que usted?

Nombre: Su titulo de trabajo:

Numero de telefono o Correo Electronico:

Marque en las areas para indicar como son diferente de usted. Si no aplican, marque 'otra'.

Raza Edad Origen Nacional Orientacion Sexual Discapacidad HIV/Hep C

Color Sexo Estatus de Veterano Identidad de Genero Estado Civil Religion

Estado de ciudadanía / inmigración Otra

¿Cómo fueron tratados mejor?

Fecha:

¿Quién fue tratado peor que usted?

Nombre: Su título de trabajo:

Numero de telefono o Correo Electronico:

Marque en las areas para indicar como son diferente de usted. Si no aplican, marque 'otra'.

- Raza Edad Origen Nacional Orientacion Sexual Discapacidad HIV/Hep C
 Color Sexo Estatus de Veterano Identidad de Genero Estado Civil Religion
 Estado de ciudadanía / inmigración Otra

¿Cómo fueron tratados peor?

Fecha:

¿Quién fue tratado igual que usted?

Nombre: Su título de trabajo:

Numero de telefono o Correo Electronico:

Marque en las areas para indicar como son diferente de usted. Si no aplican, marque 'otra'.

- Raza Edad Origen Nacional Orientacion Sexual Discapacidad HIV/Hep C
 Color Sexo Estatus de Veterano Identidad de Genero Estado Civil Religion
 Estado de ciudadanía / inmigración Otra

¿Cómo fueron tratados igual?

Fecha:

¿HAY ALGUNOS TESTIGOS DE DE LAS ACCIONES TOMADAS CONTRA USTED?

Proporcione su información de contacto y díganos lo que dirán.

Nombre: Título de trabajo:

Correo electrónico: Número de teléfono:

¿Qué nos dirán?

Nombre: Título de trabajo:

Correo electrónico: Número de teléfono:

¿Qué nos dirán?

¿A QUIÉN PODEMOS CONTACTAR SI NO PODEMOS LOCALIZARTE?

Nombre: Relación:

Dirección de envío: Apt / Unidad:

Ciudad: Condado: Estado: Codigo Postal:

Correo electrónico: Número de teléfono:

¿YA HA PRESENTADO UN CARGO SOBRE ESTE ASUNTO CON LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON?

Si No Fecha de presentación: Número de caso:

SI TIENE ALGUIEN QUE LO REPRESENTA EN ESTE ASUNTO, POR FAVOR PROPORCIONE SU INFORMACIÓN DE CONTACTO.

Abogado Union ¿Alguien más?

Nombre: Fecha de contacto:

Correo electrónico: Número de teléfono:

Comentarios adicionales

¿Hay algo más que deberíamos saber?

REVELACION PÚBLICA

Cualquier información y documentos que presente a la Comisión están sujetos a las leyes de registros públicos y estarán disponibles para cualquier persona que los solicite. **Esto incluye registros médicos y otros tipos de registros privados.** Por lo tanto, es más conveniente para usted de no enviar nada a menos que lo solicite su investigador/a.

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington (Comisión) no tiene jurisdicción para investigar las quejas contra lo siguiente: empleadores con menos de 8 empleados; tribus Nativas Americanas; el gobierno federal; o denuncias fuera de la autoridad legal de la Comisión. Esto incluye, pero no se limita a, denuncias en las que la última fecha de daño ocurrió más desde 6 meses antes de la fecha de presentación, o más de 2 años para denuncias de represalia de empleados estatales.

Las denuncias que no cumplen con los requisitos jurisdiccionales, incluyendo las denuncias en las que las alegaciones, si son ciertas, no muestren ninguna base para la acción de la comisión después de la evaluación preliminar, no serán aceptadas para investigación.

Yo quiero presentar una queja de discriminación y autorizo a WSHRC a investigar la queja de discriminación descrita previamente en el cuestionario preliminar.

Yo entiendo que si mi queja no cumple con los requisitos jurisdiccionales, no será aceptada para investigación y la Comisión De Derechos Humanos Del Estado de Washington no seguirá con la investigación.

ANTES de firmar de manera digital electronica, revise el formulario. No podrá hacer cambios al documento despues de submitir su firma electronica. Si tiene dificultades para crear o firmar digitalmente, puede usar su firma fisica.

Firma: Fecha:

TENGA EN CUENTA: CUALQUIER DECISION HECHA POR LA COMISION NO ANULA SU DERECHO A PRESENTAR UNA ACCION CIVIL EN UN TRIBUNAL DE JURISDICCION COMPETENTE DE CONFORMIDAD CON RCW. 49.60.030.