

## Formulario de denuncia pública en relación con el empleo

La Ley de Enmienda de la Licencia Familiar Universal Remunerada de 2016 (“UPL”) fue aprobada por el Consejo del Distrito de Columbia en 2016. A pesar de su nombre, la UPL no concede licencias. Más bien, permite que los empleados del sector privado del Distrito que reúnan los requisitos reciban una remuneración por determinadas licencias por motivos familiares o médicos que reúnan los requisitos. Por ejemplo, un empleado que reúna los requisitos para acogerse a la Ley de Licencia Familiar y Médica del Distrito de Columbia puede recibir su salario durante la licencia en virtud de la UPL. Este beneficio NO se aplica a los empleados del gobierno del Distrito. Se aplican ciertos requisitos de elegibilidad, y sólo ciertos tipos de licencias califican para la UPL. El Departamento de Servicios de Empleo (“DOES”) administra la UPL, incluyendo la toma de decisiones sobre elegibilidad y concesión. La Oficina de Derechos Humanos (“OHR”) acepta quejas relativas a una UPL que no sean decisiones sobre quejas, tales como quejas de interferencia o represalias porque la persona solicitó beneficiarse de una UPL. **Antes de rellenar este formulario de queja, los posibles denunciadores deben consultar más información sobre esta ley en [ohr.dc.gov/page/universalpaidleave](http://ohr.dc.gov/page/universalpaidleave).**

### Instrucciones

Complete este formulario ÚNICAMENTE si cree que un empleador del sector privado ha interferido en su derecho a las beneficios previstos por la UPL o si cree que un empleador del sector privado ha tomado represalias en su contra por pedir, solicitar o utilizar una licencia remunerada en virtud de la UPL. Si usted es un empleado del gobierno de D.C. que desea presentar una queja basada en su solicitud de licencia familiar remunerada (PFL), debe presentar su queja ante el Departamento de Recursos Humanos de D.C. (DCHR).

**Si cree haber sido objeto de discriminación por un motivo protegido y además de una violación de la UPL, sírvase rellenar también el formulario de empleo de la Ley de Derechos Humanos de la OHR en [ohr.dc.gov/service/file-discrimination-complaint](http://ohr.dc.gov/service/file-discrimination-complaint).**

Todas las casillas son obligatorias a menos que se indique lo contrario.

### Jurisdicción

La OHR necesita saber dónde y cuándo se produjeron las presuntas violaciones. Sírvase marcar las casillas correspondientes.

¿Trabaja usted para un empleador del sector privado (no para el gobierno del Distrito de Columbia ni para el gobierno federal)?

Sí  No

¿Pasa al menos el 50% de su tiempo trabajando físicamente en el Distrito de Columbia?

Sí  No

¿La(s) presunta(s) violación(es) tuvo( tuvieron) lugar en el último año?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuándo se produjeron la(s) presunta(s) violación(es)? (Los casos deben presentarse ante la OHR en el plazo de un año).

¿Ha presentado la misma demanda o una similar en el Tribunal Superior del Distrito de Columbia o en cualquier otro tribunal?

Sí  No

En caso afirmativo, indique el número de caso y la fecha en que presentó la denuncia ante el Tribunal Superior de D.C. o cualquier otro tribunal.

¿Ha presentado alguna queja al respecto ante la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los Estados Unidos? (EEOC)?

Sí  No

En caso afirmativo, indique el número de caso y la fecha en que lo presentó ante la EEOC.

### C Información del denunciante

Nombre preferido del denunciante

¿Necesita adaptaciones razonables?

Sí  No

Dirección del denunciante

Si la respuesta es afirmativa, explique aquí:

Número de teléfono preferido del denunciante

¿Cuáles son sus pronombres? (escribalos a continuación)

Dirección de correo electrónico del denunciante

¿En qué idioma prefiere comunicarse?

Inglés  Amhárico  Chino  Francés  Coreano  Español  Vietnamita

Otro:

### Información sobre el abogado o asesor

(Nota: No es necesario que tenga un abogado, pero si lo tiene, sírvase rellenar lo siguiente),

Nombre del asesor

Número de teléfono del asesor:

Dirección del asesor

Número de fax del asesor (opcional)

Dirección de correo electrónico del asesor

### Información del demandado

Nombre de la compañía u organización

Número de teléfono:

Cargo del funcionario principal (ej. propietario o gerente)

Número de fax (opcional)

Dirección de la compañía u organización

Dirección de correo electrónico del funcionario principal

## Información sobre el incidente

### Información sobre el incidente

Las siguientes preguntas nos ayudan a asegurarnos de que disponemos de la información correcta sobre su experiencia con la UPL y a prepararnos para nuestra entrevista de admisión con usted. Rogamos complete lo mejor posible cada uno de los pasos que se indican a continuación antes de presentar esta queja.

### Solicitud del Licencia Universal Remunerada (UPL)

¿Solicitó usted la licencia UPL ante el Departamento de Servicios de Empleo de D.C. (DOES)? (Si no ha solicitado la licencia UPL ante el DOES, puede solicitarla ante el DOES para obtener la misma).

Sí

Fecha en que solicitó la licencia UPL:

Fecha(s) en la (s) que solicitó estar en licencia UPL:

No

¿Aprobó el DOES su solicitud de licencia UPL?

[ ] Sí

Fecha en que el DOES aprobó su solicitud de UPL:

Fecha(s) que el DOES aprobó para que usted estuviera en licencia UPL:

No

Aviso o cartel sobre información y derechos: En el momento en que solicitó a su empleador la licencia familiar o médica remunerada, ¿le proporcionó éste algún tipo de información sobre la UPL, como por ejemplo los criterios de elegibilidad?

[ ] Sí [ ] No [ ] No estoy seguro

En caso afirmativo, ¿se lo proporcionó su empleador o había un cartel de UPL expuesto en su lugar de trabajo?

### Interferencia en la UPL

¿Sostiene que su empleador interfirió en su poder para solicitar o disfrutar de una licencia UPL?

[ ] Sí [ ] No

En caso afirmativo, ¿cómo cree que su empleador interfirió en su poder para solicitar o tomar una licencia UPL?

Sírvase proporcionar una declaración detallada del incidente o incidentes que le llevaron a creer que su empleador estaba interfiriendo con su licencia UPL, incluyendo las fechas correspondientes y el(los) nombre(s) y cargo(s) de la(s) persona(s) involucrada(s).

¿Pudo disfrutar de los días que solicitó y/o le aprobaron la licencia UPL?

Sí  No

Si la respuesta es no, explique:

### Represalias por la UPL

¿Sostiene que su empleador ha tomado represalias contra usted por acogerse al permiso UPL?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué medidas tomó su empleador que usted considera fueron una represalia contra usted por acogerse al permiso UPL?

Intimidación, amenazas, o acoso  Despido  Medida disciplinaria  Suspensión

Traslado o asignación a un puesto inferior en términos de clasificación o seguridad laboral

Reducción de salario u horas o denegación de horas adicionales

Informó a otro empleador que usted solicitó y/o tomó una UPL

Reportó, o amenazó con reportar, su estatus de ciudadanía o migratorio real o presunto o el de un miembro de su familia a una agencia federal, estatal o local

Otro:

En caso afirmativo, ¿cómo cree que su empleador tomó represalias contra usted por solicitar o tomar un permiso UPL? Sírvase proporcionar una declaración detallada del incidente o incidentes que le llevaron a creer que su empleador estaba tomando represalias contra usted por solicitar o tomar un permiso UPL, incluyendo las fechas correspondientes y el(los) nombre(s) y cargo(s) de la(s) persona(s) involucradas:

**Possible queja relacionada: Ley de Licencia Familiar y Médica de DC (DCFMLA)**

¿Solicitó la licencia DCFMLA a su empleador así como la licencia UPL?

Sí  No

En caso negativo, ¿avisó a su empleador de que necesitaba tomar una licencia por su propia afección médica grave, por la afección médica grave de un miembro de su familia o para establecer un vínculo afectivo con un hijo? Proporcione detalles:

[Redacted area]

Aviso o cartel sobre información y derechos: ¿En el momento en que solicitó a su empleador la licencia familiar o médica remunerada, ¿le proporcionó éste algún tipo de información sobre la DCFMLA, como por ejemplo los criterios de elegibilidad?

Sí  No  No estoy seguro

En caso afirmativo, ¿se la proporcionó su empleador o había un cartel de la DCFMLA expuesto en su lugar de trabajo??

[Redacted area]

¿Ha estado empleado por su empleador durante al menos un total de 12 meses (no es necesario que sean consecutivos) en los últimos 7 años?

Sí  No (Si la respuesta es no, aún no tiene derecho a la licencia DCFMLA).

Durante estos últimos 12 meses que ha trabajado para su empleador, ¿trabajó al menos un total de 1000 horas?

Sí  No (Si la respuesta es no, aún no tiene derecho a la licencia DCFMLA).

¿Tenía su empleador al menos 20 empleados en el momento en que usted solicitó la licencia DCFMLA?

Sí  No (En caso negativo, su empleador no tenía el número suficiente de empleados para que usted tuviera la cobertura de la DCFMLA).

¿Había disfrutado de alguna licencia DCFMLA en el periodo de 24 meses inmediatamente anterior a la licencia solicitada?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas de licencia DCFMLA tomó en el período de 24 meses inmediatamente anterior a la licencia solicitada?

[Redacted area]

**¿Aprobó su empleador su solicitud de licencia DCFMLA?**

Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuántas semanas de licencia DCFMLA tomó en el periodo de 24 meses inmediatamente anterior a la licencia solicitada?

[Redacted area]

¿Sostiene que su empleador interfirió en su posibilidad de solicitar o disfrutar de una licencia DCFMLA?

Sí  No

En caso afirmativo, explique cómo y cuándo cree que su empleador interfirió con su poder para solicitar o tomar una licencia DCFMLA. Incluya la(s) fecha(s) correspondiente(s) y el(los) nombre(s) y cargo(s) de la(s) persona(s) que usted cree que interfirieron con su poder para solicitar o tomar la licencia DCFMLA:

[Redacted area]

¿ Sostiene que su empleador ha tomado represalias contra usted por haber solicitado o tomado la licencia DCFMLA?

Sí  No

En caso afirmativo, explique cómo y cuándo cree que su empleador tomó represalias en su contra por solicitar o tomar la licencia DCFMLA. Incluya la(s) fecha(s) correspondiente(s) y el(los) nombre(s) y cargo(s) de la(s) persona(s) que usted cree que tomó(aron) represalias en su contra por solicitar o tomar la licencia DCFMLA, así como qué medidas tomó(aron) la(s) persona(s) que a su juicio fueron represalias:

### Información adicional

Sírvase detallar cualquier otra información adicional pertinente.

## Testigos

Enumere a las personas que considere puedan corroborar su experiencia y aportar pruebas que la fundamenten:

### Testigo uno

Nombre:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

### Testigo dos

Nombre:

Número de teléfono:

Dirección de correo electrónico:

## Reconocimiento

- Deseo presentar una acusación de interferencia y/o represalia, y autorizo a la OHR para investigar las denuncias anteriormente expuestas.
- Entiendo que la OHR debe facilitar al empleador al que acuso de los hechos anteriormente descritos información sobre la acusación, incluido mi nombre.
- Reconozco que la OHR también investigará denuncias adicionales en virtud de otras leyes de derechos civiles en el Distrito de Columbia, si procede.
- Acepto cooperar con los procesos de la OHR y tratar a los empleados de la OHR de manera respetuosa. Soy consciente de que el incumplimiento de esta obligación puede dar lugar a la desestimación de mi queja.

Firma del denunciante:

Fecha de hoy:

Sírvase devolver este formulario por correo o en persona a 441 4th Street NW, Suite 570N, Washington DC, 20001 o por correo electrónico a [ohr.intake@dc.gov](mailto:ohr.intake@dc.gov).