Cuestionario de admisión de empleo
Cuestionario de quejas

Office of Human Rights
District of Columbia

La Ley de Derechos Humanos del Distrito de Columbia y su extensa lista de características protegidas buscan erradicar la discriminación y promover la equidad en áreas clave que afectan la calidad de vida: empleo, educación, lugares de reunión públicos y vivienda. Puede presentar una queja por discriminación utilizando este formulario si cree que ha sido discriminado en su empleo.

Un* indica que completar la información. La Oficina de Derechos Humanos (Office of Human Rights, OHR) no aceptará formularios que no tengan esta información.

Jurisdicción

Para presentar una queja, la presunta infracción debe cumplir los siguientes criterios (marque las casillas requeridas):

☐ Ocurrió en el Distrito de Columbia.

☐ **Para empleados que no son del gobierno del DC:** La presunta infracción ocurrió hace un año o menos, a partir de la fecha de hoy.

☐ **Para los empleados del gobierno de DC** : La presunta infracción se produjo en un plazo de 180 días o menos a partir de la fecha en que informó a un asesor de igualdad de oportunidades en el empleo de una agencia certificada, excepto por acoso sexual o alegaciones de licencia médica y familiar de DC.

☐ No ha iniciado ninguna otra acción, civil, penal o administrativa en ningún otro foro basándose en la misma práctica discriminatoria ilegal descrita en el presente documento.

Información del reclamante

Nombre preferido del demandante*

Dirección del demandante*

Número de teléfono del Demandante*

Dirección de correo electrónico del Demandante

¿Necesita una adaptación razonable?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, explique el motivo

¿En qué idioma prefiere comunicarse?

☐ Inglés ☐ Chino ☐ Coreano ☐ Vietnamita

☐Amárico ☐Francés ☐ Español

☐ Otra:

¿Necesita un intérprete de idiomas?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿en qué idioma?

☐ Idioma indicado anteriormente

☐ Otro

¿Tiene un pronombre de género preferido (escribir a continuación)?

Información del abogado o asesor legal (opcional)

Nombre del abogado

Dirección del abogado

Número de teléfono del abogado

Número de fax del abogado (opcional)

Dirección de correo electrónico del abogado

Base de la queja*

La base es una de las siguientes categorías enumeradas a las que pertenece y cree que se le trató de forma diferente porque pertenece o se percibe que pertenece a esa categoría.

Marque la(s) casilla(s) que corresponda(n). **Siente que fue discriminado por su:**

☐Raza
☐Sexo
☐ Apariencia personal
☐Estado civil
☐ Identidad o expresión de género
☐Represalias
☐ Estado de persona sin hogar
☐Discapacidad
☐Edad
☐ Color
☐ Matriculación
☐ Afiliación política
☐ Estado de víctima/familiar de víctima de violencia doméstica , delito sexual o acoso (Domestic Violence, Sexual Offense, or Stalking, DVSOS)
☐ Información de crédito
☐ Religión
☐ Origen nacional
☐ Orientación sexual
☐ Información genética
☐ Responsabilidades familiares

Problemas*

¿Qué medida se tomaron para lo usted sintiera que le trataron de forma diferente? Marque la(s) casilla(s) apropiada(s):

☐ Ley de Licencia Familiar y Médica de DC ☐ Promoción o falta de promoción ☐ Acoso sexual ☐ Entorno de trabajo hostil ☐ Divulgación (solo para DVSOS) ☐ Traslado

☐ Falta de adaptación ☐ No contratación ☐ Despido ☐ Degradación ☐ Disciplina ☐ Otro

Solo empleados o solicitantes del gobierno de DC

Los empleados actuales, *anteriores o potenciales* del *gobierno* de *DC deben* ***consultar primero a un asesor de igualdad de oportunidades en el empleo de una agencia certificada dentro de los 180 días posteriores al presunto acto discriminatorio antes de presentarlo ante la Oficina de Derechos Humanos***, a *menos que el empleado* del *gobierno* de *distrito alegue discriminación ilegal por acoso sexual o en virtud de la Ley de Licencia Familiar y Médica del Distrito de Columbia (District of Columbia Family and Medical Leave Act, DCFMLA). Si han pasado más de 30 días desde que presentó su reclamo ante un asesor de igualdad de oportunidades en el empleo y no se ha* emitido ninguna *carta* de *salida , puede presentarla directamente ante la OHR.*

☐ Ha presentado una queja informal ante un asesor de igualdad de oportunidades en el empleo asignado a una agencia certificada

Nombre del asesor:

Agencia asesora:

Número de teléfono del asesor:

Fecha en la que se puso en contacto por primera vez con el asesor de igualdad de oportunidades en el empleo:

Fecha de la carta de salida:

Ley de Licencia Familiar y Médica del DC únicamente

¿Ha trabajado en la empresa durante al menos un año y ha trabajado al menos 1,000 horas?

☐ Sí ☐ No

Información del encuestado

Nombre de la empresa u organización*

Nombre y cargo del funcionario principal (es decir, propietario o gerente)*

Dirección de la empresa u organización*

Número de teléfono*

Número de fax (opcional)

Dirección de correo electrónico del funcionario principal*

Testigos

Indique quién cree que puede corroborar su experiencia y proporcionar evidencias que lo apoyen:

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

Nombre:

Teléfono:

Correo electrónico:

Su queja*

En la página siguiente, proporcione una declaración detallada del incidente que llevó a presentar una queja por discriminación. **Incluya las fechas relevantes, el/los nombre(s) de la persona(s) que le discriminó, y cómo se relacionan los fundamentos y problemas que indicó anteriormente.** Si esta información no se incluye, su queja puede ser desestimada.

Su queja*

Reconocimiento*

☐ Quiero presentar una acusación de discriminación y autorizo a la OHR a investigar la discriminación que describí anteriormente.

☐ **Entiendo que la agencia debe proporcionarle al empleador, sindicato o agencia de empleo objeto de mi acusación información sobre la misma, incluido mi nombre.**

☐ Reconozco que la OHR también investigará reclamaciones adicionales mediante el uso de otras leyes aplicables en el Distrito de Columbia.

Firma del demandante:
(escriba las iniciales si se trata de *una* solicitud *digital*)

Fecha de hoy:
(mm/dd/aaaa)

Envíe este formulario por correo postal o preséntelo en persona en 441 4th Street NW, Suite 570N, Washington DC, 20001, o envíelo por correo electrónico a ohr.intake@dc.gov.