

CUESTIONARIO DE ADMISIÓN DE UN CASO SOBRE EMPLEO

LLENAR ESTE FORMULARIO NO CONSTITUYE LA PRESENTACIÓN DE UNA ACUSACIÓN DE DISCRIMINACIÓN.

* Los espacios obligatorios aparecen marcados con un asterisco

1. INFORMACIÓN DEL DENUNCIANTE

* Fecha de hoy: _____	* Nombre: _____		
* Dirección: _____		* Ciudad/estado/código postal: _____	
Correo electrónico: _____		* ¿Necesita ayuda en su idioma? De ser así, ¿en cuál?	
* Tel. de casa: _____		Inglés	Francés
Tel. del trabajo: _____		Amárico	Coreano
		Chino	Español
		Vietnamita	
		Otro: _____	

Si lo está representando un abogado, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre del abogado: _____ **Teléfono/Fax:** _____

Dirección: _____ **Correo electrónico:** _____

Por favor, tome en cuenta que si lo está representando un abogado o si contrata uno antes de su cita para la entrevista de admisión, dicho abogado debe, ya sea 1) estar presente con usted por la duración de su entrevista de Admisión, o 2) desistir de su comparecencia enviando una carta a la Oficina en la que indique que la entrevista puede celebrarse sin su representación.

¿Necesita algún servicio o adaptación especial razonable? De ser así, por favor explique:: _____

¿Necesita servicios de interpretación en su idioma? De ser así, ¿en cuál? _____

2. INFORMACIÓN DEL DENUNCIADO

Nombre de la empresa u organización: _____	
Nombre y título del representante principal (es decir, presidente, dueño, gerente de Recursos Humanos): _____	
Dirección: _____	Ciudad/estado/código postal:: _____
Teléfono: _____	Fax: _____
Dirección de correo electrónico: _____	

3. FONDO DE LA DENUNCIA

El fondo es la categoría a la que usted pertenece o se percibió que pertenece y por la cual fue presuntamente tratado diferente.

* Usted siente que fue discriminado por su (por favor, marque la casilla o las casilla que correspondan):

Raza	Discapacidad	Apariencia personal
Afiliación política	Religión	Responsabilidades familiares
Nacionalidad	Edad	Identidad o expresión de género
Género	Información genética	Color de piel
Orientación sexual	Estado civil	Matriculación

4. JURISDICCIÓN

*Por favor, marque todas las casillas que correspondan:

La presunta contravención ocurrió en el Distrito de Columbia.

La presunta contravención ocurrió hace menos de 365 días de la fecha actual.

Usted no ha emprendido ninguna otra acción civil, penal o administrativa ante ningún otro foro, fundada en la misma práctica discriminatoria que aquí se describe.

5. CONTROVERSIAS

*¿Qué medida se tomó que lo hizo sentir que estaban tratándolo de manera diferente?

Relacionada con la ley de Ausencia Familiar y Médica	Ascenso o privación del ascenso	Transferencia
Represalia	Acoso sexual	Ambiente laboral hostil
Despido	Disciplina	No se hizo ninguna adaptación (observando su religión o discapacidad)
Deposición	No se le contrató	Otra: _____

6. INFORMACIÓN PARA EMPLEADOS O SOLICITANTES DEL GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Sólo llene esta sección si es usted un empleado del Gobierno del Distrito de Columbia.

Por favor, tome en cuenta que, de conformidad con la §105 del título IV del DCMR, todo empleado del Gobierno del Distrito de Columbia deberá primero consultar con el asesor de igualdad de oportunidades en el empleo (EEO, por sus siglas en inglés) de una agencia, en un plazo de 180 días a partir de ocurrido el presunto acto discriminatorio, antes de presentar una denuncia ante la Oficina de Derechos Humanos, a menos que el empleado del Gobierno del Distrito de Columbia alegue que hubo una discriminación ilegal por acoso sexual. La Oficina de Derechos Humanos no puede tramitar la denuncia de un empleado o ex empleado del Gobierno del Distrito de Columbia, a no ser que, 1) el empleado haya recibido una carta final del asesor de EEO de su agencia; 2) hayan pasado veintidós días desde que el asunto se trajo a la atención del asesor de EEO de la agencia y no se ha escrito ninguna carta final; o 3) el empleado alegue que hubo una discriminación ilegal por acoso sexual.

Usted ha presentado una denuncia informal ante el representante o asesor de igualdad de oportunidades en el empleo (EEO) designado de una agencia.

Nombre del asesor: _____ Fecha en que se presentó: _____

Dependencia del asesor: _____ Fecha de la carta final: _____

Número telefónico del asesor: _____

7. LEY DE AUSENCIA FAMILIAR Y MÉDICA DEL DISTRITO DE COLUMBIA

Sólo llene esta sección si su denuncia tiene qué ver con la ley de Ausencia Familiar y Médica.

*Ha estado empleado por la empresa por lo menos por un (1) año y trabajado por lo menos mil (1,000) horas? **SÍ** **NO**

8. TESTIGOS

Anote a quien crea que puede corroborar su experiencia y aportar pruebas a su favor.

Nombre: _____	Nombre: _____	Nombre: _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____
Teléfono: _____	Teléfono: _____	Teléfono: _____

*9. SU DENUNCIA

Describa en detalle el incidente o los incidentes que lo llevaron a presentar una denuncia de discriminación. Por favor, anote las fechas, así como el nombre o los nombres de las personas que lo discriminaron al negarle el empleo, un ascenso, capacitación, etc. Si ésta es una denuncia por discapacidad, por favor especifique si se solicitó algún servicio o adaptación especiales, la persona a la que se dirigió la solicitud y la fecha en la que se notificó al Denunciado de su discapacidad.

10. INFORMACIÓN SOBRE LAS REFERENCIAS

¿Cómo supo sobre la Oficina de Derechos Humanos del Distrito de Columbia? (marque todas las casillas que correspondan)

Un familiar, un amigo o un conocido	El Gobierno del Distrito de Columbia o marcando el 311	El portal de la OHR o un motor de búsqueda
La OHR en las redes sociales (Facebook, Twitter, etc.)	Publicidad de la OHR	Un folleto o volante de la OHR
Un evento o una capacitación	Un cartel de derechos laborales de la OHR en el centro de trabajo	La Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo
Las noticias (prensa, radio, televisión o internet)	Una organización comunitaria o sin fines de lucro: _____	Un abogado o despacho de ayuda legal: _____
Un asesor de igualdad de oportunidades en el empleo o EEO		Otro medio: _____

REMITIR ESTE CUESTIONARIO DE ADMISIÓN NO CONSTITUYE LA PRESENTACIÓN DE UNA ACUSACIÓN.

Por favor, devuelva este formulario por correo o en persona a: 441 4th Street NW, Suite 570N, Washington DC, 20001.

La Oficina de Derechos Humanos del Distrito de Columbia (OHR, por sus siglas en inglés) se estableció con el fin de erradicar la discriminación, mejorar la igualdad de oportunidades y proteger los derechos humanos de las personas que viven, trabajan o están de visita en el Distrito de Columbia. El recibo de este formulario de denuncia por parte de la OHR llevará a una entrevista de admisión.

* Firma de la potencial parte acusadora

*Fecha