

STATE OF RHODE ISLAND
COMMISSION FOR HUMAN RIGHTS
180 Westminster Street, Third Floor
Providence, RI 02903-1918
Phone 401-222-2661 TDD: 401-222-2664 Fax: 401-222-2616

CUESTIONARIO DE EMPLEO

Por favor llene este formulario lo mas completo que pueda y devuelvalo a la Comisión. Nos pondremos en contacto con usted en cuanto una determinación de su acusación formal, si su queja cai bajo nuestra jurisdicción, note que este formulario no es una acusación formal de discriminación. **TENGA EN CUENTA SI LA PREGUNTA # 8 NO TIENE UNA REPUESTA COMPLETA, LA COMISIÓN NO PODRA PROCESAR SU ACUSACIÓN.**

Indice Sr./Sra./Srta. _____

Fecha: _____

1. Nombre _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)

Direcion _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de Teléfono (incluya el código) Casa: _____ Trabajo: _____

Celular: _____ Fecha de Nacimiento _____

2. ¿Como se entero usted de la Comisión? _____ Folleto de la Comisión ___ Anuncios ___
Website de la Comisión ___ Otro _____

3. ¿A quien esta acusando usted? Compañia Union Agencia de trabajo Gobierno
 Otro Nombre _____

Dirección _____

Nombre del Presidente de la Compañia _____ Teléfono _____

Quiere usted acusar alguna persona espesificamente quien discrimino contra usted? Si No

Si "Si", Por favor escriba el Nombre, Direcion, y Numero de Teléfono de la persona.

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Número de Teléfono (Incluya el código) _____

4. ¿El número aproximado de empleados en la compañía _____

5. Esta usted empleado por la compañía arriba, especifique su posición _____

Si "No" especifique la posición que tenia o queria. _____

6. Causa de Discriminación alegada: Raza Color Religión Origen Nacional Sexo
 Impedimento Mental o Fisico Edad (40 o mas) Orientación Sexual
 Identidad de Genero o Expresión Explique causa _____ Ejemplo: si marco raza, indice su raza

7. Por favor, marque la Acción/Condición alegada:

Negación de Empleo Terminación/Despedido Desmentido de Promoción

Despedido con Derecho a Regresar (Lay Off) Sueldo Desigual Ambiente Discriminante en el Empleo

Tratamiento Discriminante Embarazo Democión

Acoso (Sexual or Otro) Acomodación Razonable Otro (Indice) _____

8. Por favor, de explicar (en un papel separado) que acción tomaron contra usted que usted cree que es discriminatoria. Hubo otra persona (s) que recibió algún tratamiento diferente que usted? ¿Cual daño, si hubiera, le paso a usted debido a esa acción? Por favor, incluya la Fecha y los Nombres pertinentes. Si usted nombro algun (os) individuo (s) en la pregunta #3, usted tiene que explicar la acción discriminatoria que esta persona (s) uso contra usted, o el individuo (s) no sera nombrado (a) en esta acusación. Si usted tiene algun documento revelante, por favor, incluya copias con su declaración.

9. Por favor, especifique la Fecha(s) y lugar donde lo alegado pasó _____

10 Usted a buscado alguna asistencia por la acción que usted cree discriminatoria en alguna otra organización?

Si No Si su respuesta es (si) Indice :

Nombre de la organización _____

Resultado (s) si hay _____

11. Si usted a contratado un abogado Por favor, Indice: Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono (Incluya el código) _____

¿El o Ella le estara representando? Si No

12. Por favor, suministre el nombre de una persona que no viva con usted que pueda comunicarse con usted:

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Número de Teléfono (Incluya el código) _____ Celular _____

Si tiene usted algun impedimento y requiere asistencia o una acomodacion razonable para completar este formulario, por favor de comunicarse con la commission y uno sera facilitado.

PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA OFFICINA – POR FAVOR NO COMPLETE

MANDE NOTICIAS A:

A) Agent Para Servicio _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

B) Oficina Central Corporativa _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

C) Otro _____

Address _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Revisado 1/08