

ESTADO DE RHODE ISLAND
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS

180 Westminister Street, 3rd Piso

Providence, RI 02903-1918

Phone 401-222-2661 Fax: 401-222-2616 Retransmisión de voz 7-1-1

CUESTIONARIO DE DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO

Por favor llene este formulario lo mas completo que pueda y devuélvalo a la Comisión. Nos pondremos en contacto con usted en cuanto su presentación sea revisada. **Tenga en cuenta que este formulario no es una acusación formal de discriminación. TENGA EN CUENTA SI LA PREGUNTA #7 NO TIENE UNA REPUESTA COMPLETA, LA COMISIÓN NO PODRA PROCESAR SU CUESTIONARIO.**

Indique: Sr./Sra./Srta./Otro _____

Fecha _____

1. Nombre _____

(Primer)

(Segundo)

(Apellido)

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Teléfono: Casa () _____

Trabajo () _____

Celular () _____

Fecha de Nacimiento: _____

Correo Electronico: _____

2. ¿Como se enteró usted de la Comisión? Folleto de la Comisión Propaganda de la Comisión
 Pagina de Facebook de la Comisión Otro

3. ¿A quién quiere acusar usted? Compañía Union Agencia de trabajo Gobierno
 Otro Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Nombre del Presidente de la Compañía _____

Teléfono () _____

Número aproximado de empleados en la compañía _____

¿Quiere usted acusar alguna persona (s) específicamente quien discrimino contra usted? Sí No

**Las leyes aplicables determinarán si se puede presentar un cargo contra la persona (s) nombrada.*

Si "sí": Nombre _____

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Teléfono () _____

4. Si usted esta empleado por la compañía arriba, especifique su posición _____

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

5. Base de discriminación alegada: Raza Color Religión Origen Nacional Sexo
 Impedimento Edad (40 o mas) Orientación Sexual Identidad de Genero o Expresión
 Embarazo Interrogatorio Ilegal, Antecedentes, Convicción Criminal o Otro Represalias

Explique la basis _____

(Ejemplo: si marco raza, indique su raza)

6. Marque la acción/condición alegada: Terminación/Despedido Despedido con Derecho a Regresar
 Ambiente Discriminante /Tratamiento Discriminante Acoso (Sexual o Otro) Sueldo Desigual
 Representación Discriminatoria Democión Negación de Empleo Negación de Promoción
 Embarazo Acomodación Razonable Otro _____

7. **Por favor, explique (en un papel separado) que acción tomaron contra usted que usted cree que es discriminante. ¿Había otra persona(s) que recibió algún tratamiento diferente que usted? ¿Cuál daño, si hubiera, sufrió usted debido a esa acción? Por favor, incluya las fechas y los nombres pertinentes. Si usted nombro algún(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 algunos documentos revelantes, por favor, incluya las copias con su declaración.**

8. Por favor, especifique la fecha(s) cuando el daño alegado pasó _____

9. ¿Ha buscado usted alguna ayuda sobre la acción que usted piensa es discriminatoria de otra fuente? _____

Sí No Si "sí", indique:

Nombre de la fuente de ayuda _____

Resultado, si hay _____

10. Si usted a contratado un abogado, por favor, indique: Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____

Estado _____ Código Postal _____ Teléfono () _____

¿Ellos lo estaran representando? Sí No

11. 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 _____ Teléfono: Casa () _____ Celular () _____

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

PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA – 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 _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____