

Appt.: _____

FOR OFFICE USE ONLY

Intake Officer: _____ Date: _____ CT: _____ ID No.: _____
Accepted or Aborted: _____ Aborted Date: _____ Reason: _____
Supervisor's Signature: _____

EMPLEO – CUESTIONARIO PRELIMINAR

Por favor, responda a todas las preguntas completamente y adjunte páginas adicionales si es necesario para completar su respuesta. Si no sabe la respuesta a una pregunta, responda indicando "no conocido". Si una pregunta no es aplicable, escriba "N/A" (POR FAVOR, IMPRIMA)

Fecha(s) de Presunta Discriminación: _____
(Nota: (Usted tiene 300 días para presentar una queja de Discriminación en el Empleo ante esta agencia.)

¿Dónde ocurrió la supuesta discriminación? _____ (Condado)

¿Cómo se enteró de MCCR? _____

¿Ha presentado previamente esta queja ante la EEOC o cualquier otra agencia?: Si No

En caso afirmativo, fecha de presentación y dónde: _____

1. Información personal del reclamante (Persona que presenta la queja)

Apellido: _____ Nombre: _____ IM: _____

Calle o dirección postal: _____ Apt o Unidad #: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Ciudad,
Código postal: _____

Número de teléfono: Hogar: (____) _____ Trabajo: (____) _____

Celular: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento: Sexo: Masculino Femenino ¿Tiene una discapacidad? Si No

Por favor, responda a cada una de las siguientes tres preguntas.

i. ¿Eres hispano o latino? Yes No

ii. ¿Cuál es tu Raza? Por favor, elija todo lo que corresponda. Indio Americano o Nativo de Alaska Asiático
 Blanco Negro o Afroamericano Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico

iii. ¿Cuál es su origen nacional (país de origen o ascendencia)? _____

Por Favor Proporcione el nombre de la persona con la que podemos ponernos en contacto si no podemos comunicarnos con usted:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: Hogar: (____) _____ Otro: (____) _____

2. Creo que fui discriminado por la siguiente organización(s): (Marque los que aplican)

Empleador Unión Agencia de empleo Otro (Por favor, especifique)

Información de contacto del empleador (proporcione la dirección donde realmente trabajó. Si trabaja desde casa, verifique aquí y proporcione la dirección de la oficina a la que se reportó).

Nombre del Empleador: _____

Dirección: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____)

Tipo de Negocio: _____

Ubicación del trabajo si es diferente de la dirección de la organización: _____

Director de Recursos Humanos o Nombre del dueño: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____)

Número de empleados en la organización en todas las ubicaciones: Por favor marque (✓) Uno

Menos que 15 15 – 100 101 – 200 201 – 500 Más que 500

Nombre de organización adicional: _____

Dirección: _____ Condado: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____ Teléfono: (____)

Nombre del Director de Recursos Humanos o Nombre del dueño: _____

Dirección: _____ Teléfono: (____)

3. Sus datos de empleo (Complet tantos elementos como pueda.) ¿Es usted un empleado federal? Yes No

Fecha de contratación: _____ Posición más actual: _____ Tasa de pago cuando se contrata: _____

Tasa de pago última o actual: _____

Título del trabajo en el momento de la presunta discriminación: _____

Fecha de salida/alta: _____

Nombre y cargo del supervisor inmediato: _____

Si es solicitante de empleo, fecha en la que solicitó el trabajo, _____ Título de trabajo solicitado _____

4. ¿Cuál es la razón (base) de su reclamo de discriminación laboral?

POR EJEMPLO, si sientes que te trataron peor que a otra persona debido a la raza, debes marcar la caja junto a Raza. Si siente que fue tratado peor por varias razones, como su sexo, religión y origen nacional, debe verificar todo lo que corresponda. Si se quejó de discriminación, participó en la queja de otra persona o presentó un cargo de discriminación, y se amenazó o tomó una acción negativa, debe marcar la caja junto a Represalias.

Raza Sexo Edad Discapacidad Origen Nacional Religión Represalias Orientación sexual

Embarazo Estado Civil Identidad de género Color (típicamente una diferencia en el tono de la piel dentro de la misma raza)

Información Genética; rodea tu respuesta(s) de información genética está involucrado: i. pruebas genéticas ii. antecedentes médicos familiares iii. servicios genéticos (servicios genéticos significa asesoramiento, educación o pruebas)

Si ha comprobado el color, la religión o el origen nacional, especifique: _____

Si verificó la información genética, ¿cómo obtuvo el empleador la información genética? _____

Otra razón (base) para la discriminación (Explica): _____

5. ¿Qué te pasó que crees que fue discriminatorio? Incluya la(s) fecha(s) de daño, la(s) acción(es) y el(los) nombre(s) y título(s) de la(s) persona(s) que usted cree que lo discriminó. (Ejemplo: 01/02/18 – Dado de alta por el Sr. John Soto, Supervisor de Producción)

A. Fecha: _____ **Acción:** _____

Nombre y posición de la(s) persona(s) responsable(s): _____

B. Fecha: _____ **Acción:** _____

Nombre y posición de la(s) persona(s) responsable(s): _____

C. Fecha: _____ **Acción:** _____

Nombre y posición de la(s) persona(s) responsable(s): _____

D. Fecha: _____ **Acción:** _____

Nombre y posición de la(s) persona(s) responsable(s): _____

6. ¿Por qué cree que estas acciones fueron discriminatorias? Por favor, adjunte páginas adicionales si es necesario.

7. ¿Qué razón(es) se le dieron para los actos que considera discriminatorios? ¿Por quién? ¿Su título de trabajo?

8. Describa quién estaba en la misma situación o similar que usted y cómo fueron tratados. Por ejemplo, ¿quién más solicitó el mismo trabajo que usted, quién más tenía el mismo registro de asistencia o quién más tenía el mismo rendimiento? Proporcione características de clase protegidas (por ejemplo, raza, sexo, edad, origen nacional, religión, discapacidad, orientación sexual) de estas personas, si se conocen, y si se relaciona con su reclamo de discriminación. Por ejemplo, si su queja alega discriminación racial, proporcione la raza de cada persona; si alega discriminación sexual, indique el sexo de cada persona; y así sucesivamente.

De las personas en la misma situación o similar que usted, ¿quién fue tratado mejor que usted?

<u>Nombre completo</u>	<u>Características de clase protegidas</u>	<u>Cargo</u>	<u>Descripción del tratamiento</u>
------------------------	--	--------------	------------------------------------

A. _____

B. _____

De las personas en la misma situación o similar que usted, ¿quién fue tratado peor que usted?

<u>Nombre completo</u>	<u>Características de clase protegidas</u>	<u>Cargo</u>	<u>Descripción del tratamiento</u>
------------------------	--	--------------	------------------------------------

A. _____

B. _____

De las personas en la misma situación o similar que usted, ¿quién fue tratado igual que usted?

<u>Nombre completo</u>	<u>Características de clase protegidas</u>	<u>Cargo</u>	<u>Descripción del tratamiento</u>
------------------------	--	--------------	------------------------------------

A. _____

B. _____

Responda las preguntas 9-12 solo si está reclamando discriminación basada en la discapacidad. De lo contrario, vaya a la pregunta 13.

9. Por favor, marque todo lo que corresponda:

- Sí, tengo una discapacidad
- No tengo una discapacidad ahora, pero sí tuve una
- No hay discapacidad, pero la organización me trata como si estuviera discapacitado

10. ¿Cuál es la discapacidad que usted cree que es la razón de la acción adversa tomada en su contra? ¿Esta discapacidad le impide o limita hacer algo? (por ejemplo, levantar, dormir, respirar, caminar, cuidarse, trabajar, etc.).

11. ¿Usa medicamentos, equipos médicos o cualquier otra cosa para disminuir o eliminar los síntomas de su discapacidad?

Yes No

En caso afirmativo, ¿qué medicamento, equipo médico u otra asistencia utiliza?

12. ¿Le pidió a su empleador alguna asistencia o adaptación debido a su discapacidad?

Yes No

Si "Sí", ¿cuándo preguntaste? _____

¿A quién le preguntaste? (Proporcione el nombre completo y el título del trabajo de la persona)

Describe la asistencia o las adaptaciones que solicitó: _____

¿Cómo respondieron a su solicitud? _____

13. ¿Hay testigos de los presuntos incidentes discriminatorios? En caso afirmativo, identifíquelos a continuación y díganos lo que dirán.

	Nombre completo	Cargo	Dirección y número de teléfono	¿Qué crees que nos dirá esta persona?
A.	_____	_____	_____	_____

B.	_____	_____	_____	_____
----	-------	-------	-------	-------

14. ¿Ha buscado ayuda sobre esta situación de un sindicato, un abogado o cualquier otra organización? Yes No

Proporcione el nombre de la organización, el nombre de la persona con la que habló y la fecha de contacto. ¿Resultados, si los hay?

15. ¿Qué remedio estás buscando? _____

¿Cómo se te ocurrió este remedio? _____

AFIRMO SOLEMNEMENTE BAJO PENA DE PERJURIO QUE EL CONTENIDO DE LA DECLARACIÓN ANTERIOR ES FIEL A MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMA: _____ **FECHA:** _____