COMISIÓN DE DERECHOS CIVILES DE IOWA – FORMULARIO DE QUEJA

515-281-4121 / 877-273-3730 / Fax: 515-242-5840 / https://icrc.iowa.gov

(SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

IOCR CP#_____

Local Commission#_____

EEOC#_____

Iowa Office of Civil Rights
6200 Park Ave Ste 100
Des Moines, Iowa 50321-1270

(POR FAVOR ESCRIBA O IMPRIMA DE FORMA LEGIBLE)

----------SECCIÓN 1 • INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE----------

Su nombre legal: _____

Su dirección postal: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Núm. Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Su fecha de nacimiento: _____

¿Ha radicado esta queja con alguna otra agencia federal, estatal, o anti-discriminatoria local?

Sí ☐ No ☐

Si es así, ¿cuál agencia? _____ ¿Cuándo? _____

---------- SECCIÓN 1 • INFORMACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN ----------

1. Por favor indique la(s) **ÁREA(S)** en la(s) cual(es) ocurrió la discriminación.

☐ Empleo ☐ Servicios Públicos ☐ Vivienda
☐ Educación ☐ Crédito ☐ Represalia

2. Por favor indique la(s) **ACCIÓN(ES)** que la organización tomó contra usted.

☐ Descenso
☐ Rechazo de Acomodación o Modificación
☐ Rechazo de Beneficios
☐ Rechazo de Servicios Financieros/Crédito
☐ Rechazo de Servicio
☐ Disciplina
☐ Desalojo
☐ Denegación de Contrato
☐ Falta de Promoción
☐ Fallo de Alquiler
☐ Fallo de Reempleo
☐ Fallo de entrenar
☐ Forzado a Renunciar/Jubilar
☐ Acoso
☐ Paro Laboral
☐ Reducción de Horas
☐ Reducción de Trabajos
☐ Acoso Sexual
☐ Suspensión
☐ Despido
☐ Reasignación Indeseable/Transferencia
☐ Pago Desigual

☐ Otro: _____

3. Por favor indique la(s) **BASE(S)** o razones por la discriminación

a. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo de su raza? _____

Si es así, ¿cuál es su raza? _____

b. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo del color de su piel? _____

Si es así, ¿cuál es color de su piel? _____

c. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo de su origen nacional? _____

Si es así, ¿de cuál país es usted? _____

d. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo de su sexo? _____

Si es así, ¿cuál es su sexo? _____

e. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo de su orientación sexual? _____

Si es así, ¿cuál es su orientación sexual? _____

f. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo de su identidad de género? _____

Si es así, ¿con cuál género se identifica usted? _____

g. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo de su discapacidad actual o percibida?____

Si es así, ¿cuál es su discapacidad actual o percibida? _____

h. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo de su religión o creencia? _____

Si es así, ¿cuál es su religión o creencia? _____

i. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo de su embarazo o condición relacionada de embarazo? _____

j. Si su queja envuelve empleo o crédito, ¿cree que discriminaron en contra suya por motivo de su edad? _____

Si es así, ¿cree que discriminaron en contra suya porque usted es mayor o más joven?

_____

k. Si su queja envuelve vivienda o crédito, ¿cree que discriminaron en contra suya por motivo de su estado familiar (presencia de niños menores en el hogar)? _____

Si es así, ¿Cuántos niños viven con usted? _____

l. Si su queja envuelve crédito, ¿cree que discriminaron en contra suya por motivo de su estado civil? _____

Si es así, ¿Cuál es su estado civil? _____

m. ¿Cree que tomaron represalia contra usted porque reportó discriminación a alguien en la organización, radicó una queja con la Comisión de Derechos Civiles de Iowa, o porque participó como testigo en un proceso anti-discriminatorio de la agencia?

_____

Si es así, ¿Qué fue lo que reportó, y a quién?

_____

_____

_____

Indique lo que le pasó como resultado de su reporte o queja.

_____

_____

_____

4. ¿Cuál es la fecha (día/mes/año) del incidente discriminatorio MÁS RECIENTE (REQUERIDO):

_____

5. Si Empleo es el Área, ¿cuál es la fecha de su contratación o de su solicitud? _____

6. ¿Sigue empleado por la organización que discriminó en contra suya? ☐ Si ☐ No

Si no, ¿cuándo terminó su empleo? _____ (día/mes/año)

Si no, ¿cómo terminó su empleo?

☐ Despedido ☐ Renunció Voluntariamente ☐ Fue Forzado a Renunciar/Jubilarse

----------SECCIÓN 3 • INFORMACIÓN DEL (DE LA) DEMANDADO(A)----------

7. ¿Cuál es el nombre completo legal de la organización que discriminó en contra suya? [Esta organización será acusada de discriminación y recibirá una copia de su queja.]

_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Núm. Teléfono: (_____) _____ - _____

8. Si la organización indicada en #7 tiene una organización matriz, indíquelo aquí. [Esta organización también será acusada de discriminación y recibirá copia de su queja.]

_____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____

Código Postal: _____ Núm. Teléfono: (_____) _____ - _____

Si hay más de dos demandados, por favor indique la organización adicional o demandados individuales, incluyendo nombre, título profesional, y dirección, en una hoja adicional adjunta. Las entidades adicionales (organizaciones o individuos) también recibirán una copia de la queja.

9. Provea la dirección del sitio donde ocurrió la discriminación:

_____

10. ¿Fue contratado(a) por una agencia de trabajo temporal en la organización que discriminó en contra suya? [Si la respuesta es sí y quiere radicar un queja contra la agencia de trabajo temporal, tendrá que radicar una queja por separado para nombrar a esa agencia.]

☐ Yes ☐ No

11. Si Empleo es el Área, indique el número aproximado de todos los empleados (de tiempo completo y de tiempo parcial) en todas las ubicaciones a nivel nacional (REQUERIDO):

☐ 4-14 ☐ 15-19 ☐ 20-100 ☐ 101-200 ☐ 201-500 ☐ 500+

----------SECCIÓN 4 • RESUMEN BREVE DE LOS ALEGATOS----------

Por favor describa lo que le pasó a usted. Indique como fue que discriminaron en contra suya. ¿Qué pasó? Asegúrese de abordar cada Acción que indicó en la página uno y cada base que indicó en la página dos, *[Por favor lea la hoja de instrucciones antes de escribir su resumen breve.]*

Yo certifico bajo la pena de perjurio y conforme a las leyes del Estado de Iowa y de las leyes de los Estados Unidos de América que la acusación anterior es cierta y correcta.

X _____ _____

Firma del(de la) Demandante (REQUERIDA) **Fecha**

No es necesario que provea documentación adicional cualquiera. Esté consciente. De que cualquier documentación proveída con su formulario de queja será enviada a todas las partes nombradas en este formulario. Se le dará una oportunidad para proveer documentación adicional en otro momento más tarde si y cuando la queja fuera a ser aceptada por la Comisión de Derechos Civiles de Iowa.