

# COMISIÓN DE DERECHOS CIVILES DE IOWA – FORMULARIO DE QUEJA

515-281-4121 / 800-457-4416 / Fax: 515-242-5840 / <https://icrc.iowa.gov>

(SOLO PARA USO DE LA AGENCIA)

IOCR CP# _____	<b>Iowa Office of Civil Rights</b>
Local Commission# _____	<b>6200 Park Ave Ste 100</b>
EEOC# _____	<b>Des Moines, Iowa 50321-1270</b>

(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.

- |                                    |   |                                     |
|------------------------------------|---|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empleo    | <input type="checkbox"/> Servicios Públicos | <input type="checkbox"/> Vivienda   |
| <input type="checkbox"/> Educación | <input type="checkbox"/> Crédito            | <input type="checkbox"/> Represalia |

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Descenso                                 | <input type="checkbox"/> Fallo de entrenar                     |
| <input type="checkbox"/> Rechazo de Acomodación o Modificación    | <input type="checkbox"/> Forzado a Renunciar/Jubilar           |
| <input type="checkbox"/> Rechazo de Beneficios                    | <input type="checkbox"/> Acoso                                 |
| <input type="checkbox"/> Rechazo de Servicios Financieros/Crédito | <input type="checkbox"/> Paro Laboral                          |
| <input type="checkbox"/> Rechazo de Servicio                      | <input type="checkbox"/> Reducción de Horas                    |
| <input type="checkbox"/> Disciplina                               | <input type="checkbox"/> Reducción de Trabajos                 |
| <input type="checkbox"/> Desalojo                                 | <input type="checkbox"/> Acoso Sexual                          |
| <input type="checkbox"/> Denegación de Contrato                   | <input type="checkbox"/> Suspensión                            |
| <input type="checkbox"/> Falta de Promoción                       | <input type="checkbox"/> Despido                               |
| <input type="checkbox"/> Fallo de Alquiler                        | <input type="checkbox"/> Reasignación Indeseable/Transferencia |
| <input type="checkbox"/> Fallo de Reemplazo                       | <input type="checkbox"/> 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 discapacidad actual o percibida? \_\_\_\_\_

g. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo de su religión o creencia? \_\_\_\_\_

Si es así, ¿cuál es su religión o creencia? \_\_\_\_\_

h. ¿Cree que discriminaron en contra suya por motivo de su embarazo o condición relacionada de embarazo? \_\_\_\_\_

i. 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? \_\_\_\_\_

j. 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? \_\_\_\_\_

k. 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? \_\_\_\_\_

l. ¿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. ¿Sigues empleado por la organización que discriminó en contra suya?  Sí  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.