

Utah Antidiscrimination & Labor Division Employment Discrimination 160 East 300 South, 3rd Floor INTAKE QUESTIONNAIRE PO Box 146630 Salt Lake City, UT 84114-6630 Phone: 801-530-6801 Fax: 801-530-7609 Email: discrimination@utah.gov	FOH _____ LOR _____ Intake Waiver _____ LOH _____ 180 _____ 300 _____	
--	--	--

NO ESCRIBA ARRIBA DE ESTA LINEA — SOLO PARA USO DE PERSONAL CON LA COMISION LABORAL



Este formulario no representa un Reclamo por Discriminación con la División Laboral de Anti-discriminación (la “División”). Para presentar un reclamo con la División, **primero deberá completar y presentar las cuatro páginas incluidas en este formulario** a través de un correo electrónico dirigido a la División, discrimination@utah.gov, o por correo a la dirección que se encuentra en el encabezado. **RECUERDE**, que un reclamo por discriminación en el empleo debe presentarse ante la División dentro de los límites de tiempo impuestos por la ley, que son 180 días a partir de la fecha en que supo de la discriminación. Sin embargo, en los casos dentro de los 300 días transcurridos, la División procesará y derivará el reclamo a la Comisión de Igualdad de Oportunidades de Empleo o EEOC por sus siglas en inglés. Una vez recibido el formulario por la División, será revisado para determinar la cobertura por la División. **Responda las preguntas de forma completa y agregue hojas adicionales si así lo necesita para completar sus respuestas. Si no sabe la respuesta a alguna de las preguntas, responda diciendo “no lo sé”. Si la pregunta no se aplica a su caso, escriba “N/A” (POR FAVOR ESCRIBIR).** La División usará la información obtenida en este Cuestionario Inicial para redactar el Reclamo y se lo enviará a usted. **La División sólo podrá abrir un caso una vez recibido con su firma y habiendo sido notariado.** Para ayudar a la División a identificar correctamente al Empleador, por favor **proporcione una copia de su W-2 o talón de cheque** adjunto al cuestionario en los casos en que los tenga disponibles.

1. Información Personal

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____
 Dirección: _____ Apt #: _____
 Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código Postal: _____
 Número de Tel: Casa: (____) _____ Trabajo: (____) _____ Celular: (____) _____

DEBE PROPORCIONAR SU EMAIL A LA DIVISIÓN: Tenga en cuenta que la División enviará toda la correspondencia escrita por correo electrónico a menos que Ud. elija recibir las a través del Correo de los Estados Unidos y opte por no recibir ningún tipo de comunicación por correo electrónico a continuación:

Marque esta casilla para dejar de recibir comunicaciones por correo electrónico y para que todas las comunicaciones con la División sean realizadas a través del correo de los EE. UU.

Correo electrónico: _____ Fecha de Nacimiento: (MM/DD/YYYY) _____

Sexo: Masculino Femenino Intersex Se niega a identificarlo ¿Tiene una Discapacidad? Sí No

Por favor responda cada una de las siguientes tres preguntas:

- i. ¿Es Ud. Hispano o Latino? Sí No
- ii. ¿Cuál es su raza? Por favor marque todas las que se apliquen. Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático
 Blanco Negro o Afroamericano Nativo Hawaiano o de otra Isla del Pacífico
- iii. ¿Cuál es su origen nacional (país de origen de sus ancestros)? _____

Por favor proporcione el nombre de una persona a quien podamos contactar en caso de no poder comunicarnos con Ud.:

Nombre: _____ Relación: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono Fijo: (____) _____ Celular: (____) _____ Correo electrónico: _____

2. Creo haber sido discriminado por la siguiente organización(es): (Marque todas las opciones que aplican)

Empleador Unión Agencia de Empleo Otro (Por favor especifique) _____

Información de la Organización (Si la organización es un empleador, proporcione el nombre de la organización que figura en su formulario de impuestos W-2 o en el cheque de pago, y la dirección en la que trabajó físicamente. Si trabaja desde su casa, marque aquí y proporcione la dirección de la oficina a la que debe reportarse.)

Si hay más de un empleador involucrado, por favor, agregue hojas adicionales.

Nombre de la Organización¹: _____

Nombre alternativo del Empleador²: _____

Dirección: _____ Condado: _____

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

Tipo de Negocio: _____ Lugar de trabajo si es diferente a la dirección de la Org.: _____

Nombre del Director de Recursos Humanos o Dueño: _____ Teléfono: (____) _____

Número de empleados de la Organización en todas sus sucursales: Por favor marque una

Menos de 15 15 o más No conozco el número de empleados

3. Información de su Empleo (Complete la mayor cantidad de opciones posibles.) **¿Es empleado Federal?** Sí No

Fecha de contratación: _____ Título de empleo en el momento de contratación: _____

Pago al ser contratado: _____ Último o sueldo corriente: _____ Título de empleo actual: _____

Fecha de despido o renuncia: _____ Renuncié Fui despedido Forzado a renunciar Aún empleado

Nombre y Título del Supervisor directo: _____

Si está aplicando por un trabajo, fecha en la que aplicó y título del trabajo para el que aplicó: _____

4. ¿Cuál es la razón (fundamento) para su reclamo por discriminación laboral? *POR EJEMPLO, Si siente que fue tratado peor que otro empleado, o que le sometieron a una conducta no deseada, debido a su raza, debe marcar la casilla junto a Raza. Si siente que lo trataron peor o que lo sometieron a una conducta no deseada, por varias razones, como su sexo, religión y origen nacional, debe marcar todas las que correspondan. Si se quejó de discriminación, participó en el reclamo de otra persona o presentó un cargo de discriminación y fue amenazado o se tomó una acción negativa en su contra, debe marcar la casilla junto a Represalias (agregue la(s) fecha(s) de la(s) queja(s) y la(s) persona(s) a las que se quejó).*

Raza Género Edad Discapacidad Identidad de Género Orientación Sexual Origen Nacional Religión
 Represalias Embarazo Color (típicamente diferente color de piel en la misma raza) Información Genética
 Libertad Religiosa (expresó sus creencias religiosas o morales en su lugar de trabajo, o sus convicciones religiosas, políticas o personales fuera del lugar de trabajo).

Por favor especifique su color, religión, identidad de género u origen nacional si marcó una de las casillas anteriores: _____

Otras razones (fundamentos) para la discriminación (Explique): _____

5. ¿Qué le sucedió a Ud. Que cree que fue discriminación? Incluya fecha(s) del daño, la(s) acción(es), y el(los) nombre(s) y título(s) de la(s) persona(s) que cree que discriminó en su contra. **Por favor agregue páginas extra si así lo necesita.** (Ejemplos: 10/02/18 – Despedida por la Sra. Kimberly Jackson, Directora; 5/19/19 Contacto físico no deseado por el Sr. John Soto, Supervisor)

A. Fecha: _____ **Acción:** _____

¹ Por favor identifique el nombre de su compañía como figura en su talón de pago y/o su W-2.

² Si el nombre que usa para referirse a su empleador es diferente al utilizado en su talón de pago y/o W-2, por favor, provea el nombre aquí.

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

B. Fecha: _____ Acción: _____

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

6. ¿Por qué cree que esta(s) acción(es) fueron discriminatorias o represalias? Por favor agregue más hojas si es necesario.

7. ¿Qué razón(es) le dieron para justificar la(s) acción(es) que Ud. considera discriminación? ¿Quién le dio estas razones?

Señale el Título o cargo de esa persona:

8. Describa quién estuvo en una situación similar y cómo fue tratado. Por ejemplo, ¿quién más aplicó por el mismo empleo, quién más tiene el mismo registro de asistencia, o quién más tiene el mismo rendimiento laboral? Provea la raza, género, edad, origen nacional, religión, identidad de género, orientación sexual, estado de embarazo, o discapacidad(es) de dicho individuo, si sabe, y si es relevante a su reclamo por discriminación. Por ejemplo, si su reclamo alega discriminación racial, provea la raza de cada persona; si alega discriminación de género, provea el género de cada persona; y así sucesivamente. Utilice hojas extras si fuera necesario.

De las personas en igual o similar situación que la suya, quién fue tratado *mejor* que Ud.?

Nombre: Raza, Sexo, Edad, Origen Nacional, Religión o Discapacidad Título/Cargo Describa cómo fue tratado

A. _____

B. _____

De las personas en igual o similar situación que la suya, quién fue tratado *mejor* que Ud.?

Nombre: Raza, Sexo, Edad, Origen Nacional, Religión o Discapacidad Título/Cargo Describa cómo fue tratado

A. _____

B. _____

De las personas en igual o similar situación que la suya, quién fue tratado *mejor* que Ud.?

Nombre: Raza, Sexo, Edad, Origen Nacional, Religión o Discapacidad Título/Cargo Describa cómo fue tratado

A. _____

B. _____

RESPONDA A LAS PREGUNTAS 9-12 SOLO SI ESTÁ HACIENDO UN RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN POR UNA DISCAPACIDAD. Si esto no se aplica a Ud. Continúe con la pregunta 13. Por favor especifique si tiene más de una discapacidad. Por favor agregue hojas extras si es necesario.

9. Por favor marque las que se aplican :

Sí, tengo una discapacidad

Ahora no tengo una discapacidad, pero tuve una

No tengo una discapacidad pero la compañía me trata como si tuviera una

10. ¿Cuál es la discapacidad que Ud. cree que es la razón para que su empleador lo trate diferente? ¿Esta discapacidad le impide hacer alguna actividad? (ej., levantar peso, dormir, respirar, caminar, cuidado de si mismo, trabajar, etc.).

11. ¿Le ha pedido a su empleador por algún cambio o asistencia para poder realizar su trabajo debido a su discapacidad?

Sí No

Si marcó "Sí", ¿cuándo lo hizo? _____ ¿Cómo hizo el pedido (verbalmente o por escrito)? _____

¿A quién le hizo el pedido? (Provea el nombre y cargo de la persona) _____

Describa los cambios o asistencia que solicitó: _____

¿Cómo respondieron a su pedido? _____

12. ¿Tiene algún testigo para apoyar su reclamo? Si su respuesta es "sí", por favor identifíquelos a continuación y díganos qué es lo que ellos dirán. (Por favor agregue más hojas si lo necesita)

Nombre: _____ Raza, Sexo, Edad, Origen Nacional, Religión o Discapacidad _____ Título/Cargo _____ Describa cómo fue tratado _____

A. _____

B. _____

13. ¿Ha hecho otro reclamo anterior sobre este asunto con la DIVISIÓN u otra agencia? Sí No

14. Si Ud. Ha hecho un reclamo con otra agencia, provea el nombre de la agencia y la fecha del reclamo: _____

15. ¿Está representado por un abogado? Sí No Por favor provea la información de su abogado a continuación:

Si desea hacer un reclamo por discriminación laboral, debe hacerlo dentro de los 300 días desde el día en que Ud. supo de la discriminación. Si no presenta un reclamo dentro de los días límites, Ud. perderá sus derechos.

Por favor marque una de las casillas:

- Quiero hablar con un empleado de la División antes de presentar el reclamo. Entiendo que al marcar esta casilla, no he hecho un reclamo con la División. **También entiendo que puedo perder mis derechos si no hago el reclamo dentro de la fecha límite.**
- Quiero hacer un reclamo por discriminación, y autorizo a la División a analizar la discriminación que he descrito previamente. Entiendo que **la DIVISIÓN debe darle al empleador, unión, o agencia de empleo, a la que acuso de discriminación, la información del reclamo incluyendo mi nombre.** También entiendo que la División sólo puede aceptar reclamos de discriminación basados en raza, color, religión, género, identidad de género, orientación sexual, embarazo, libertad religiosa, origen nacional, discapacidad, edad, información genética, o represalias por oponerse a la discriminación.

Firma

Fecha de hoy

Al entregar este formulario, usted acepta avisar a la División de cualquier cambio en su dirección/correo electrónico/número de teléfono. También acepta notificar a la División por escrito si su representación legal cambia durante el curso de la investigación. Dicha notificación debe enviarse directamente al Administrador de Casos o al Director, a cargo de la División. La falta de cooperación puede resultar en la desestimación del reclamo o la emisión de los hallazgos en base a la información contenida en el archivo.