



La División de Desarrollo de la Fuerza Laboral de Missouri es una empresa/programa de oportunidad igualitaria. Ayuda y servicios auxiliares se encuentran disponibles a solicitud de individuos con discapacidades. Usuarios de Missouri TTY pueden llamar al (800) 735-2966 o marcar al 7-1-1.

Departamento de Desarrollo Económico de Missouri
División de Desarrollo de la Fuerza Laboral de Missouri

INFORMACIÓN DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

Para uso exclusivo de las oficinas de la DWD

DCIF Received:

By: _____ Accepted

Date: _____ Not Accepted

Información del quejoso *(por favor escriba con letra clara)*

Nombre		Apellido		Número de seguro social (voluntario/opcional)	
Domicilio particular			Número telefónico del hogar (incluir código de área)		Número telefónico del trabajo (incluir código de área)
Ciudad		Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico (de ser disponible)	

Información del presunto responsable *(por favor escriba con letra clara)*

Nombre de la agencia			Número telefónico (incluir código de área)		
Domicilio de la agencia			Número de fax (incluir código de área)		
Ciudad		Estado	Código postal	Dirección de correo electrónico (de ser disponible)	

Datos específicos de la queja *(por favor escriba con letra clara)*

¿Cuál es el lugar y hora más conveniente para ponernos en contacto con usted acerca de esta queja?
 Lugar: _____ Fecha: _____ Hora: _____ AM PM

¿Según lo que usted recuerda, en que fechas ocurrió la discriminación?
 Fecha del primer incidente: _____ Fecha del incidente más reciente: _____

¿Ha intentado resolver esta queja a nivel Federal?
(Por ejemplo, El Departamento del Centro de Derechos Civiles Laborales de U.S., El Departamento de Salud y Servicios Humanos de U.S., o El Departamento de Agricultura de U.S.) Sí No
En caso de "Sí", ¿Se ha dictado una resolución definitiva sobre su queja a nivel Federal? Sí No

Explique lo más breve y claro posible que fue lo que sucedió y como se le discriminó. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de incluir como a usted se le trató diferente que a otras personas. *(Asimismo, adjunte a esta forma cualquier otro material escrito con relación a su caso.)*

[EXPANDIBLE](#)

Según su conocimiento, ¿Cuál de los siguientes programas o servicios del sistema una-parda (one-stop) de Missouri estuvieron involucrados?
 Programa de adultos Programa de trabajadores desplazados *(marque uno)*
 Ley de inversión de la fuerza laboral (WIA) Programa de jóvenes Otro: _____

Fundamento de la queja: ¿Cuáles de las siguientes opciones describen mejor el por que usted cree que fue discriminado? *(marque todas las que apliquen)*

<input type="checkbox"/> Edad <i>Especifique (fecha de nacimiento):</i> _____	<input type="checkbox"/> País de origen <i>Especifique:</i> _____
<input type="checkbox"/> Ciudadanía <i>Especifique:</i> _____	<input type="checkbox"/> Afiliación política <i>Especifique:</i> _____
<input type="checkbox"/> Color <i>Especifique:</i> _____	<input type="checkbox"/> Raza <i>Especifique:</i> _____
<input type="checkbox"/> Discapacidad <i>Especifique:</i> _____	<input type="checkbox"/> Religión <i>Especifique:</i> _____
<input type="checkbox"/> Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Represalia/Castigo <i>Especifique:</i> _____
<input type="checkbox"/> Otro: <i>Especifique:</i> _____	

¿Usted cree que la discriminación a la que fue sujeto involucró?: *(marque uno)*

¿Su trabajo o búsqueda de empleo? ¿El uso de instalaciones o alguien proporcionándole servicios o beneficios?

De ser así, ¿Cuáles de las siguientes opciones estuvieron involucradas? *(marque todas las que apliquen)*

<input type="checkbox"/> Acceso/Alojamiento	<input type="checkbox"/> Inscripción	<input type="checkbox"/> Intimidación/Represalia	<input type="checkbox"/> Promoción	<input type="checkbox"/> Capacitación
<input type="checkbox"/> Solicitud	<input type="checkbox"/> Exclusión	<input type="checkbox"/> Clasificación de puestos	<input type="checkbox"/> Prueba de calificación	<input type="checkbox"/> Transferencia
<input type="checkbox"/> Beneficios	<input type="checkbox"/> Procedimiento de quejas	<input type="checkbox"/> Despido temporal/Licencia	<input type="checkbox"/> Reintegración laboral (después de despido temporal/ licencia)	<input type="checkbox"/> Transición
<input type="checkbox"/> Despido/Terminación de empleo	<input type="checkbox"/> Acoso	<input type="checkbox"/> Evaluación de desempeño	<input type="checkbox"/> Referencia	<input type="checkbox"/> Actividad sindical
<input type="checkbox"/> Sanción/Reprimenda	<input type="checkbox"/> Contratación	<input type="checkbox"/> Colocación	<input type="checkbox"/> Antigüedad	<input type="checkbox"/> Representación sindical
<input type="checkbox"/> Otro				<input type="checkbox"/> Salario

(especifique): _____

¿Qué otra información considera usted relevante para nuestra investigación? ESTE CUADRO SE AMPLIARÁ PARA PROPORCIONAR ESPACIO ADICIONAL

En caso de esta queja se resuelva a su satisfacción, ¿Qué solución es la que busca? ESTE CUADRO SE AMPLIARÁ PARA PROPORCIONAR ESPACIO ADICIONAL

Por favor a continuación haga un listado de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores, u otros) a las que podamos contactar para obtener información adicional en respaldo o clarificación de su queja:

Nombre	Dirección	Número telefónico (incluir código de área)

¿Cuenta usted con un abogado? Sí No En caso de "Sí", Por favor a continuación proporcione el nombre del abogado, domicilio y número telefónico:

Nombre del abogado	Domicilio del abogado	Número telefónico del abogado (incluir código de área)
--------------------	-----------------------	--

¿Alguna vez ha presentado una demanda o queja ante cualquiera de los siguientes organismos?: (marque todas las que apliquen)
 Comisión de Derechos Humanos de Missouri División de Derechos Civiles del Departamento de Justicia de U.S.
 Tribunal Federal o Estatal Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo de U.S.

Por cada elemento marcado anteriormente por favor proporcione la siguiente información:

Agencia	Fecha de presentación	Número de caso o expediente
Ubicación de la Agencia o Tribunal	Fecha de juicio o audiencia	
Nombre del investigador	Estatus del caso	

Comentarios ESTE CUADRO SE AMPLIARÁ PARA PROPORCIONAR ESPACIO ADICIONAL

Agencia	Fecha de presentación	Número de caso o expediente
Ubicación de la Agencia o Tribunal	Fecha de juicio o audiencia	
Nombre del investigador	Estatus del caso	

Comentarios ESTE CUADRO SE AMPLIARÁ PARA PROPORCIONAR ESPACIO ADICIONAL

Agencia	Fecha de presentación	Número de caso o expediente
Ubicación de la Agencia o Tribunal	Fecha de juicio o audiencia	
Nombre del investigador	Estatus del caso	

Comentarios ESTE CUADRO SE AMPLIARÁ PARA PROPORCIONAR ESPACIO ADICIONAL

Esta queja no es válida a menos que esté firmada y fechada. Por favor tenga en cuenta que: el presentar una queja por discriminación ante la División de Desarrollo de la Fuerza Laboral no protege sus derechos legales por lo que ve a otras leyes de discriminación laboral. Usted puede presentar por separado una queja por discriminación ante la Comisión de Derechos Humanos de Missouri (MCHR) al (573) 751-3325, o por internet en http://labor.mo.gov/mohumanrights/File_Complaint/. Las quejas ante la DWD o bajo la Ley de Derechos Humanos de Missouri con la MCHR deberán ser presentadas dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la presunta violación.

Firma	Fecha
-------	-------

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He presentado una queja por discriminación ante la División de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) y entiendo y estoy de acuerdo con los siguientes términos y condiciones respecto a la resolución e investigación de mi queja:

- a) Durante el transcurso de la investigación de mi queja la DWD podría revelar mi identidad al personal del programa mencionado en mi queja para obtener hechos y evidencia concernientes a la misma;
- b) Puedo solicitar y recibir una copia de cualquier información personal que la DWD guarde en el expediente de mi queja para usos de investigación, y;
- c) Bajo ciertas condiciones y de conformidad a Ley Sunshine de Missouri, Capítulo 610, se le puede requerir a la DWD que revele a otras personas información personal que he proporcionado con relación a mi queja.

Sí, DWD puede revelar mi identidad en caso de ser necesario para la investigación de mi queja.

Nombre (por favor escriba su nombre completo claramente)

Firma

Fecha

No, DWD no puede revelar mi identidad, aún cuando sea necesario para procesar mi queja.

No otorgo mi consentimiento a DWD para revelar mi identidad durante la investigación de mi queja. Solicito que DWD procese mi queja; Sin embargo, entiendo que DWD podría archivar mi queja en caso de no poder iniciar una investigación debido a que no he autorizado a DWD para revele mi identidad.

Nombre (por favor escriba su nombre completo claramente)

Firma

Fecha

La División de Desarrollo de la Fuerza Laboral de Missouri es una empresa/programa de oportunidad igualitaria.

Ayuda y servicios auxiliares se encuentran disponibles a solicitud de individuos con discapacidades.

Usuarios de Missouri TTY pueden llamar al (800) 735-2966 o marcar al 7-1-1.