Departamento de Trabajo e Industrias
División de Derechos Civiles
Cuestionario de Discriminación en Escuelas Vocacionales, Carreras y Oficios

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Esta sección solo para uso interno

File #:_____

Staff_____

Date Drafted_____

Contract/juris/basis branch

____ VO ____ ____

____ ____ ____

____ ____ ____

____ ____ ____

*First contact*_____

*First DOD*_____

Most recent DOD_____

County _____

Correspondence ☐

Q Rec Date_____

Last Date of Harm_____

INFORMACION DEL DEMANDANTE

Nombre _____
(Primer) (Segundo) (Last Paterno y Materno)

Calle_____

Ciudad/Estado/Codigo Postal_____

Teléfono: Casa_____Celular_____

Fecha de nacimiento _____

Genero: Hombre Mujer Raza: _____ Nacionalidad_____

Contacto. Nombre, dirección, teléfono de una persona **que no viva con Ud**. pero que sabrá como comunicarse con Ud.:

Nombre_____

Calle_____

Ciudad/Estado/Codigo Postal_____

Teléfono **(_____)** _____

Abogado que lo esta representando en la queja de Derechos Civiles (si tiene):

Nombre_____

Calle_____

Ciudad/Estado/Codigo Postal_____

Teléfono **(_____)** _____

INFORMACION DEL DEMANDADO (presente toda la información que se le pide acerca del Demandado)

Nombre de la Escuela o Colegio _____

Dirección _____

Dirección Postal (si es diferente) _____

Ciudad/Estado/Codigo Postal_____

Teléfono (_____) _____ Condado_____

Contacto_____Titulo_____

Esta no es una queja formal; completar el cuestionario es el primer paso

POR FAVOR ADJUNTE COPIAS DE LA DOCUMENTACION QUE PRUEBE SU QUEJA

ESTA INFORMACION SE PUEDE ENCONTRAR EN FORMATO ALTERNATIVO

POR FAVOR ESCRIBA CLARO

1. Yo creo que yo fui discriminado por lo siguiente:
   - __ Raza
   - __ Sexo
   - __ Nacionalidad
   - __ Religión
   - __ Acoso Sexual
   - __ Maternidad
   - __ Edad
   - __ Estado Civil
   - __ Discapacidad Física / Mental (o discapacidad percibida)
   - __ Otro (especificar) _____

2. ¿Cuál fue el primer día que Ud. fue discriminado? _____

   ¿Cuál fue el último día que Ud. fue discriminado? _____

3. De una descripción breve de los actos discriminatorios. Incluya fechas de los daños, nombres y títulos de las personas envueltas. Por favor de ejemplos del acto(s) discriminatorio(s).

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

4. ¿Porque le sucedió esto?_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

5. ¿Qué razón(es) le dieron de las acciones que se esta quejando?_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

6. Por favor nombre a otras personas que bajo las mismas condiciones fueron **tratadas igual** o similar que Ud. y explique por que piensa Ud. ellos fueron tratados así.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

7. Por favor nombre a otras personas que bajo las mismas condiciones fueron **tratadas diferente** que Ud. y explique por que piensa Ud. ellos fueron tratados así.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

SOLO PARA QUEJAS POR DISCAPACIDAD:

Si Ud. fue discriminado debido a su discapacidad, por favor llene esta sección.

DEFINICIONES:

UN INDIVIDUO CON UNA DISCAPACIDAD es una persona quien tiene (1) impedimento físico o mental que limita substancialmente una o mas actividades de la vida diaria; o (2) tiene historia de este impedimento; o (3) la compañía que lo cubre (empleador) tiene idea que tiene ese impedimento. *(Nota: solo porque Ud. ha sido determinado "discapacitado" por el Seguro Social o el Sistema de Compensación para el Trabajador, no necesariamente significa que Ud. esta protegido por las leyes que protegen discriminación en contra de personas discapacitadas.)*

1. Identifique el nombre de su condición medica:_____

2. ¿Cuando Ud. fue diagnosticado?: _____

3. Describa en general que actividades de la vida diaria están afectadas (como: caminar, levantar, ver, respirar, oír, etc.) por su discapacidad: _____
   _____
   _____
   _____
   _____

4. Describa cualquier limitación o restricción que su doctor a impuesto debido a su discapacidad:
   _____
   _____
   _____