

Departamento de Trabajo e Industrias
División de Derechos Civiles
Cuestionario de discriminación en el empleo

Por favor, escriba claramente

SU NOMBRE _____
(Primer) (Segundo) (Apellido Paterno) (Apellido Materno)

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Número de teléfono _____ Otro teléfono _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: H M

Raza _____ Origen Nacional _____ **Es usted un veterano?** _____

OTRO CONTACTO (una persona que no vive con usted pero que sabe encontrarlo):

Nombre _____ Número de teléfono _____

Dirección Postal _____

ABOGADO (si tiene uno que lo este representando en esta queja):

Nombre _____ Número de teléfono _____

Nombre del Despacho _____

Dirección Postal _____

EMPLEADOR:

Nombre de la compañía _____

¿Cuál es el nombre de compañía en su cheque? _____

Número de teléfono _____ Tipo de Negocio: _____

Dirección postal _____ Condado: _____

Nombre del jefe _____

Contacto (nombre, título) _____

Dirección de correo (si es distinta) _____

¿Hay una oficina principal? (nombre y dirección) _____

¿Cuántos empleados tienen en el país? _____

¿Cuántos empleados tienen en Oregon? _____

1-5__ 6-14__ 15-20__ 21-24__ 25-49__ 50+__

¿Fue Ud. empleado por una agencia de trabajo temporal? Sí No

¿Cuál es el nombre de la agencia? _____

Esta sección es solo para uso interno:

File # _____
 Q Sent: _____ By: _____ PC: _____

Priority: _____

Tort Notice Sent By:

INT: _____ Date: _____

Impact Entry Done By:

INT: _____ Date: _____

Intake Assigned To:

INT: _____ Date: _____

Charge Drafted By:

INT: _____ Date: _____

Contract	Juris	Basis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Branch _____ County _____

First Contact: _____

First DOD: _____

Most Recent DOD: _____

Continuing Action: Y N

SX: M F

RC: _____

NO: _____

RP type _____ Size ___/___

Contract: DP AG EE

Basis: _____

Issues: _____

ESTE QUESTIONARIO NO ES UNA QUEJA FORMAL

Q Rec Date

Last Date of Harm

OSHA

State

EEOC

UD TIENE QUE COMPLETAR CADA UNA DE LAS SECCIONES DE ESTA PAGINA
Describa su estado laboral. Escoja una de las siguientes líneas a no ser que usted este solicitando una posición en el trabajo que usted tiene ahora.

Llene esta opción solo si usted fue discriminado cuando solicitó un trabajo o una promoción	Puesto que solicitó:	Fecha en que lo solicitó:	Fecha en que le avisaron que no le habían dado el puesto:
Llene esta opción solo si usted esta empleado ahora o si usted fue despedido	Nombre del puesto: Fecha de empleo:	Escoja uno: <input type="checkbox"/> sigue empleado <input type="checkbox"/> despedido <input type="checkbox"/> suspendido <input type="checkbox"/> renuncio	Si usted no sigue trabajando para este empleador, cual fue su último día de trabajo?

Yo fui discriminado basado(a) en la(s) siguiente(s) Clase(s) Protegida(s): (puede marcar más de una)

<input type="checkbox"/> Raza/Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Trabajador Lesionado (llene pagina 5)
<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Acoso Sexual	<input type="checkbox"/> Orientación sexual o Identificación Sexual
<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Ley de Ausencia Familiar y Médica de Oregon (OFLA - llene p.8)
<input type="checkbox"/> Discapacidad (Física/Mental – llene p. 7)	<input type="checkbox"/> Violencia Domestica (llene p. 9)	
<input type="checkbox"/> Preferencias por ser Veterano (llene p. 10)		
<input type="checkbox"/> Reportar una acción ilegal o criminal en el Trabajo (Whistleblowing)		
<input type="checkbox"/> Reportar u oponerse a un riesgo a la salud y/o seguridad en el trabajo (OSHA) (llene la p.6)		
<input type="checkbox"/> Otra _____ (Consulte la lista de clases protegidas en la libreta incluida con este paquete)		

Día de la primera acción discriminatoria: _____

Fecha de la discriminación más reciente: _____

1. **En pocas palabras**, describa el daño(s) del que usted se está quejando: (como despido, suspensión, se le negó trabajo o aumento de sueldo, acoso, reducción de horas, no lo reintegraron en el trabajo, etc.)

2. ¿Que razón(es) el empleador dio por las acciones de las que usted se está quejando?

Yo he presentado otro cuestionario acerca de este tema con otra agencia. Si / No (Circule uno)

Si lo hizo, Que agencia? _____ **Estado de la denuncia:** _____

ESTE QUESTIONARIO NO ES UNA QUEJA FORMAL

3. Basado en las Clases Protegidas de la página anterior, describa específicamente lo que hizo el empleador en su contra. Explique claramente, **que es lo que usted cree que es ilegal, que paso, quien lo hizo, y como se conecta a la clase protegida. Usted puede usar páginas adicionales si es necesario.**

Por Ejemplo: Día: 9 del Octubre, 2008 El daño: Me pagaron menos

Descripción: El supervisor, Jim les dio aumento de sueldo a los hombres, pero a ninguna de las mujeres, yo incluida, no recibimos aumento.

Día: _____ **El daño:** _____

Descripción: _____

Día: _____ **El daño:** _____

Descripción: _____

Día: _____ **El daño:** _____

Descripción _____

ESTE QUESTIONARIO NO ES UNA QUEJA FORMAL

4. ¿En las mismas condiciones, hubo alguien más que fue tratado igual? (por ejemplo: disciplinados por el mismo supervisor) Si es así, diga los nombres de estas personas y explique porque Ud. piensa que ellos fueron tratados así.

5. ¿En las mismas condiciones, hubo alguien más que fue tratado diferente? (por ejemplo: no fue disciplinado de la misma manera por el mismo supervisor). Si es así, diga los nombres de estas personas y explique porque usted piensa que ellos fueron tratados diferentes.

6. Ponga los nombres y números de teléfono de las personas que tengan conocimiento de los daños que usted está alegando. Ponga sus mejores testigos.

El nombre de testigo: _____ El número de teléfono: _____

¿De qué fue testigo esta persona? _____

El nombre de testigo: _____ El número de teléfono: _____

¿De qué fue testigo esta persona? _____

El nombre de testigo: _____ El número de teléfono: _____

¿De qué fue testigo esta persona? _____

ESTE QUESTIONARIO NO ES UNA QUEJA FORMAL

SOLO PARA QUEJAS DE TRABAJADORES LESIONADOS

(El empleador debe tener como mínimo 6 empleados)

Es contra de la Ley, discriminar o tomar represalias en contra de un empleado por haberse lesionado en el trabajo, o por reportar una lesión sufrida en el trabajo, o por presentar un caso con el Sistema de Compensación para los Trabajadores. En ciertas circunstancias, el empleado puede tener derecho de hacer trabajo liviano y/o el derecho de regresar al puesto que tenía cuando se lesionó después de que el médico certifique que éste puede regresar al trabajo sin restricciones. Si usted cree que fue discriminado por haberse lesionado en el trabajo, por favor llene esta página..

Si usted está reportando más de un accidente, complete una página por cada accidente. (Haga copias si es necesario)

La fecha en que se lesionó _____

¿Fue lesionado mientras hacía su trabajo? Sí No

¿Ha solicitado Compensación para el Trabajadores (seguro médico- ejemplo: SAIF)? Sí, ¿Cuándo? _____ No

Su reclamo ha sido: Aceptado ___ Negado ___ Pendiente ___ En Apelación ___ Cerrado/Llegado a un acuerdo

Si no solicito Compensación para el Trabajador, explique por qué? _____

¿Qué se lesionó y Cuál es/fue el diagnóstico? _____

¿Estuvo sin trabajar? Sí o No Si contesto si, ¿de que día a que día? desde: _____ hasta: _____

¿Tiene usted restricciones permanentes debido a su lesión? Sí No

Si contesto si, ¿Cuáles son? _____

TRABAJO LIVIANO

¿Su doctor, le dio de alta con restricciones? Sí No ¿En qué fecha? _____

¿Cuáles son sus restricciones? _____

¿Su empleador tuvo un puesto disponible y apropiado basado en sus restricciones y habilidades? Sí No

Nota: El empleador no esta obligado a crear un trabajo o modificar su trabajo debido a un accidente en el trabajo.

¿Cuál fue este puesto? _____

¿Le pidió usted un puesto disponible y apropiado a su empleador? Sí No Fecha: _____

¿Le ofreció su empleador un puesto de trabajo liviano a usted? Sí No ¿Ud., lo aceptó? Sí No

¿Si no hubo trabajo liviano, su empleador lo mandó a casa bajo la Ley de Ausencia Familiar y Médica de Oregon (OFLA)? Sí No

REGRESO SIN RESTRICCIONES

¿En qué fecha el médico le dio de alta sin restricciones? _____

¿Pidió usted al empleador que lo pusiera en el trabajo que tenía antes que se lesionara? Sí No ¿En qué fecha? _____

¿Le dieron el trabajo que tenía antes que se lesionara? Sí No ¿En qué fecha? _____

Si no le dieron ese trabajo, ¿todavía existe el puesto? Sí No

Si el puesto todavía existe, ¿qué razón le dio el empleador a usted para no darle el trabajo? _____

ESTE QUESTIONARIO NO ES UNA QUEJA FORMAL

OSHA - SOLO CUANDO TOMARON REPRESALIAS POR OPONERSE O REPORTAR RIESGOS DE SALUD Y/O SEGURIDAD EN EL TRABAJO

Es contra la ley tomar represalias en contra del trabajador porque reportó o se opuso a una violación de salud o de seguridad. Si usted ha hecho esto y cree que el empleador tomó represalias por esto, llene esta página.

IMPORTANTE: Para que su queja sea válida, Ud. tiene que presentar esta queja con el Departamento de Trabajo e Industrias (BOLI) dentro de los 90 días desde la última represalia.

Este no es un reporte a OSHA. Si usted desea reportar una violación de las leyes de salud y seguridad en el trabajo, tiene que llamar a OR-OSHA.

¿Vio usted un letrero o cartel de OSHA en su trabajo? Sí No No sé

¿Cuál fue el riesgo de salud o seguridad al que usted se opuso o reportó?

¿Se quejó usted con alguien en el trabajo? Sí No ¿en qué fecha? _____

Si contesto si, ¿Cómo se llama esta persona y qué título tiene? _____

Si contesto no, ¿Cómo su empleador se enteró de que usted se había quejado? _____

¿Se puso usted en contacto con OSHA? Si No ¿qué fecha? _____

Si contesto si, ¿OSHA investigó o dio una citación? Si No ¿qué fecha? _____

¿Participó usted en la investigación de OSHA? Si No ¿qué fecha? _____

¿Cómo el empleador tomó represalias en su contra por haber reportado o haberse opuesto a un riesgo de salud y/o seguridad en el trabajo? (Sea específico en cuanto a la fecha, qué pasó, y quién lo hizo)

Fecha: _____ **El daño:** _____

Descripción: _____

Fecha: _____ **El daño:** _____

Descripción: _____

ESTE QUESTIONARIO NO ES UNA QUEJA FORMAL

SOLO PARA QUEJAS BASADAS EN DISCAPACIDADES

(El empleador tiene que tener por lo menos 6 empleados)

Es contra la ley discriminar contra un trabajador que tiene una discapacidad protegida por ley. También, en ciertas circunstancias, un empleado que tiene el derecho de tener adaptaciones en su trabajo. Si usted piensa que el empleador violó la ley relacionada con esta clase protegida, por favor llene esta pagina.

UNA PERSONA QUE TIENE UNA DISCAPACIDAD PROTEGIDA es una persona que: (1) tiene un problema físico o mental que le limita substancialmente en una o más actividades de la vida diaria; (2) tiene una historia medica de tener tal problema; (3) se ve que tiene tal problema; o (4) tiene una enfermedad progresiva definida por la regla OAR 839-006-1240.

(Tome nota: Si usted esta clasificado como una persona discapacitada por el Seguro Social, o por el Sistema de Compensación para los Trabajadores, o por ser veterano, usted no necesariamente esta cubierto por las leyes que prohíben discriminación en contra de las personas discapacitadas.)

¿Cuál es su condición médica? _____

¿Le informó a su empleador de su condición médica? Sí ¿En cuál fecha? _____ No

¿Cuándo se lo dijo? (al emplearlo, en la entrevista, después de la fecha del diagnostico) _____

¿A quién le informó usted? _____

¿Usted le dio documentación médica? Sí, ¿En cuál fecha? _____ No

¿Qué actividades de la vida diaria están afectadas? (por ejemplo: caminar, levantar cosas, ver, respirar, oír, etc.) Y están estas actividades, limitadas debido a su discapacidad(es)? _____

¿Cómo está limitación lo afecta a Ud. comparado con una persona de la población general?

¿Podría usted realizar todas las funciones esenciales de su trabajo *sin* adaptaciones? Sí No

Si no, ¿podría usted realizar todas las funciones esenciales de su trabajo *con* adaptaciones? Sí No

¿Ha pedido adaptaciones en su trabajo? Sí No

¿A quién se las pidió? (Nombre y título) _____

¿Qué adaptaciones pidió usted? _____

Si no, ¿piensa usted que era obvio que usted necesitaba adaptaciones en su trabajo? Sí No

¿Le dieron las adaptaciones? Sí No _____ ¿Cuáles eran estas? _____

ESTE QUESTIONARIO NO ES UNA QUEJA FORMAL

SÓLO PARA RECLAMOS BASADOS EN LA LEY DE AUSENCIA FAMILIAR Y MEDICA DE OREGÓN (OFLA)

Generalmente para calificar para OFLA un empleado tiene que haber trabajado un promedio de 25 horas por semana durante los 180 días inmediatamente antes de comenzar la licencia. Y, el empleador tiene que tener como mínimo 25 empleados en Oregon.

Una mujer que usa OFLA por maternidad no tiene que recalificar si desea continuar en OFLA por ausencia parental (conectarse con un bebé recién nacido o de un año o menos) y subsecuentemente, alguien que está en OFLA por ausencia parental no tiene que recalificar para usar el tiempo por tener hijos enfermos (por ejemplo: con resfrío o gripe). También el empleado que ha calificado por la ausencia de OFLA intermitente por una razón específica, no tiene que recalificar cada vez que quiere tomar tiempo por la misma razón. Para tomar la ausencia parental, un empleado sólo tiene que haber sido empleado por el empleador durante los 180 días antes de empezar el tiempo de OFLA.

¿Tiene su empleador 25 empleados o más en el estado de Oregón? Sí No

¿Había trabajado usted para este empleador durante los 180 días antes de comenzar la ausencia de OFLA? Sí No

¿Trabajo Ud. un promedio de por lo menos 25 horas por semana durante 180 días inmediatamente antes de comenzar su ausencia de OFLA? Sí No

¿Cuándo le dijo usted a su empleador que necesitaba tomar OFLA? _____
¿Como usted le avisó (por escrito o verbalmente)? Y ¿a quién se lo dijo? Explique brevemente. _____

¿Qué tipo de ausencia necesitaba? (marque uno)

<input type="checkbox"/> Una condición médica seria (suya)	<input type="checkbox"/> Hijo(s) enfermos	<input type="checkbox"/> Ausencia parental
<input type="checkbox"/> Una condición médica seria (de un miembro de su familia)	<input type="checkbox"/> Maternidad	

¿Pidió usted la ausencia de tiempo continuo o ausencia intermitente? _____

Si la ausencia fue por una condición médica seria de usted o de un miembro de su familia, ¿cuál fue el diagnostico? _____

¿Ha estado usted fuera de trabajo por una lesión sufrida en el trabajo antes de tomar/pedir esta ausencia? Sí No

¿Su ausencia fue aprobada? Sí No Si fue aprobada, ¿Cuándo empezó? _____ ¿Cuándo terminó? _____

Si no fue aprobada, ¿Cuál fue la razón que le dio su jefe para negarla? _____

Si ha vuelto al trabajo, ¿ha regresado Ud. al mismo puesto que tenía antes de comenzar la ausencia? Sí No

Si no ha vuelto, ¿Qué razón el empleador le dio? _____

Si no ha vuelto, ¿todavía existe su trabajo? Sí No Si el trabajo ya no existe, ¿hay un puesto equivalente y disponible? Sí No Si hay un puesto equivalente, ¿le dieron este trabajo? Sí No

Si no le dieron ese trabajo, ¿Cuál fue la razón que le dio su empleado para no darle ese trabajo? _____

¿Ha tomado el empleado represalias en contra de usted por haber usado tiempo protegido bajo OFLA? Sí No

Si contesto si, ¿De qué manera le ha tomado represalias? _____

ESTE QUESTIONARIO NO ES UNA QUEJA FORMAL

LA LEY DE AUSENCIA PARA VÍCTIMAS DE CIERTOS CRÍMENES DE OREGÓN (OVCCLA)

Para víctimas de violencia doméstica, acoso, y asalto sexual

OVCCLA provee protección del trabajo para la víctimas de violencia doméstica, asalto sexual, y acoso que buscan ayuda para sí mismos, sus hijos menores de edad, o para sus dependientes. Para utilizar OVCCLA, un empleado tiene que trabajar para un empleador que este cubierto por esta ley y por un promedio de 25 horas por semana durante los 180 días calendarios inmediatamente antes de comenzar OVCCLA.

Es su responsabilidad mantenerse en contacto con la División de Derechos Civiles.

Si prefiere, proporcione la información de su contacto personal:

Nombre de una persona con quien nos podemos poner en contacto: _____

Teléfono _____ Dirección _____

Nombre del contacto: _____ Teléfono _____

En los últimos 180 días, ha trabajado usted un promedio de 25 horas por semana? Si No

Tiene este empleador, **6 o mas** empleados en el Estado de Oregon? Si No

Es usted o un menor de edad, victima de violencia domestica, acoso sexual, o acecho? Si No

¿Cuándo Ud. le dijo a su empleador que quería usar OVCCLA? _____

¿Cómo y a quién usted dio avisó? _____

¿Fue la ausencia aprobada? Sí No Si no fue ¿Cuál fue la razón que le dio empleador para negarla? _____

¿Por qué quería tomar la ley de ausencia OVCCLA?

___ Para buscar asistencia legal o de la policía

___ Para obtener tratamiento médico o recuperarse de de una lesión sufrida

___ Para obtener servicios de un proveedor de asistencia para víctimas de crímenes

___ Para cambiar de domicilio o hacer que su domicilio actual esté seguro

___ Para obtener consejería de un licenciado de salud mental

Primera día de la ausencia: _____ última día de la ausencia: _____ ¿Continúa esta? _____

ESTE QUESTIONARIO NO ES UNA QUEJA FORMAL

PREFERENCIA PARA LOS VETERANOS EN EL EMPLEO PÚBLICO

*Bajo la ley ORS 408.230, el estado de Oregón requiere que los **empleadores públicos** otorguen preferencias en el proceso de solicitar empleo o en el proceso de solicitar una promoción en el empleo a los veteranos y una preferencia más alta a los veteranos discapacitados. Si usted cree que le han negado esta preferencia, llene esta sección.*

Todos los veteranos:

¿En qué parte de los servicios militares sirvió?: _____ Fechas de servicio: _____

Tipo de baja: _____ Fecha de la baja: _____

¿Sirvió en una zona de combate? Sí No ¿Cuándo y dónde? _____

¿Recibió una medalla de combate o de campaña? Sí No

Veteranos discapacitados:

¿Ha sido designado como un veterano discapacitado por el Departamento de los Veteranos? Sí No

¿Fue herido en combate? Sí No ¿Dónde y Cuándo? _____

¿Recibió la medalla “Corazón Púrpura”? Sí No

¿Dio usted esta documentación por escrito a su empleador? Sí No

Si contesto no, ¿por qué?: _____

Información sobre su solicitud:

¿Solicitó una promoción en su trabajo o fue nuevo solicitante? _____

¿Qué día solicitó el puesto o promoción? _____

¿Cuál es el título del puesto que solicitó? _____

¿Hubo un examen de servicio civil? Sí No

¿Lo aprobó? Sí No Nota/calificación: _____

Si no hubo examen, ¿Cuál fue el método que el empleador usó para escoger al candidato? _____

¿Le dio usted al empleador su documentación militar? Sí No

¿Le pidió usted al empleador que le diera los puntos de preferencia? Sí No

¿A quién se lo pidió? (nombre y título) _____

Si no lo escogieron, ¿Pidió Ud. una explicación por escrito? Sí No

¿Recibió usted esta explicación por escrito? Sí No

ESTE QUESTIONARIO NO ES UNA QUEJA FORMAL