

**Información General e Instrucciones**  
**División de Derechos Civiles Cuestionario y Queja**

- A. Qué investigamos? Nosotros investigamos acusaciones de discriminación o represalias en el empleo y cualquier evidencia substancial que usted proporcione para apoyar las acusaciones.** Muchos actos de discriminación y mal trato *no violan las leyes y por eso* el Departamento de Trabajo e Industrias, División de Derechos Civiles (CRD) no puede investigarlos. Por favor antes de llenar el Cuestionario, visite nuestra página electrónica [www.Oregon.gov/BOLI](http://www.Oregon.gov/BOLI). Usted tiene la responsabilidad de probar su queja.
- B. Empleo a voluntad** – Oregon es un estado que tiene la ley “Empleo a Voluntad” que significa que los empleadores están libres de contratar y/o despedir por cualquier razón que no viole la ley. *No todo trato injusto o discriminatorio es ilegal.*
- C. Tiempo Límite** – Usted debe presentar la Queja dentro del primer año del acto discriminatorio. CRD solo puede investigar la discriminación ilegal **dentro del primer año del último acto discriminatorio**. Por favor, sumita su cuestionario rápidamente para que el agente de admisión de quejas tenga tiempo para: hacer una entrevista, crear la demanda, enviarla a tiempo, firmar frente a un notario, y devolver la demanda a BOLI antes del final del día de aniversario (1 año) del último acto discriminatorio.
- Para quejas de represalias por OSHA, usted tiene que presentar la queja dentro de **90 días** del acto ilegal y la demanda solo requiere de su firma.
- D. Que es el Cuestionario** – El Cuestionario es el formulario que ayuda al agente de admisión de quejas crear la posible demanda. El **Cuestionario NO es** la demanda formal y completar el Cuestionario no significa que una investigación será conducida. Si usted presenta una queja formal, el Cuestionario será parte de la información pública una vez que el caso cierre.
- E. Llenar el Cuestionario** – Usted debe llenar completamente las páginas: 1 al 4 del Cuestionario, y cualquier página adicional que sea necesario. Por favor no incluya otras páginas en vez de llenar completamente el Cuestionario. Documentos adicionales no son requeridos en este momento. Solo incluya páginas adicionales si apoyan sus acusaciones. *No envíe originales de sus documentos.* Quédese con copia del Cuestionario para sus archivos. (Nosotros no damos copias).
- F. Procedimiento** –Debido al gran número de cuestionarios recibidos, puede demorar varias semanas antes de que usted sepa de CRD. Usted será contactado tan pronto como su cuestionario sea asignado a un Agente de Admisión de Quejas.
- G. Mantenerse en Contacto** – Es su responsabilidad de contactar esta oficina por escrito para proporcionar los cambios de su dirección y teléfono.
- H. Represalias** – Represalias muchas veces no es ilegal. Para que la División de Derechos Civiles tenga jurisdicción, usted debe demostrar que las represalias ocurrieron porque usted estuvo envuelto en una acción protegida. Hay muchos actos de represalias sobre los cuales CRD no tiene jurisdicción.
- I. Abogado Privado** – Usted puede consultar con un abogado en cualquier momento antes y durante la investigación. Su abogado también puede crear y presentar su demanda, pero ésta tiene que tener su firma notariada. No es necesario que usted retenga a un abogado.

## CLASES PROTEGIDAS POR EL ESTADO DE OREGON EN EL EMPLEO

Raza/Color/Nacionalidad	Discapacidad Física o Mental
Edad	Estado Civil
Sexo ( <i>incluye condiciones relacionadas a maternidad</i> )	Relación de Parentesco
Orientación Sexual	Preferencia de Veteranos
Identidad de Sexo	Historia Militar
Información Genética	Historia de Crédito
Religión	Asociación con un Clase Protegida
Estado de Trabajador Lesionado ( <i>represalias/ problemas de reemplazo</i> )	Represalias por participar en Actividades protegidas (ver abajo)

## PROTECTED ACTIVITIES WE ENFORCE

Acta de Ausencia de Familias de Oregon	Testificar en las Audiencias del Departamento de Empleo
Acta de Ausencia de Familias de Militares de Oregon	Embargo de sueldos para la Manutención de Niños
Ausencia por Violencia Domestica	Oponerse y/o Reportar Riesgos de Salud y Seguridad
Ausencia para Servir al Estado en Milicia Organizada	Reportar Violaciones de Servicio Medico
Ausencia para Donar Medula Ósea	Acceso a la Vivienda que es propiedad del Empleador
Ausencia para Servir en la Legislatura del Estado	Prohibición de los Exámenes de Polígrafo
Ausencia para Tareas de Jurado	Límites de alcoholímetro y pruebas de alcohol en la sangre
En Base a Historia de Crédito	Record criminal de menores borrados
Atestiguar ante la Legislatura del Estado	Derecho a presentar una demanda judicial, testificar en procedimientos penales o civiles o informes Actividades Criminales (denuncia de irregularidades o violaciones ampliado)
Prohibición de que Empleador Requiera Autorización de Tratamiento Médico A menos que el empleador pague los gastos	Privacidad de Medios sociales o Redes sociales no relacionadas con el empleo (empleo solamente)
Represalias por lactancia materna o Expresión de leche materna	Prohibición de pruebas genéticas y pruebas de ondas cerebrales.
El uso de Productos del Tabaco Legales fuera de horas de servicio	Represalias por el Uso de la Licencia por Enfermedad (Ciudad de Portland solamente)



**UD TIENE QUE COMPLETAR CADA UNA DE LAS SECCIONES DE ESTA PAGINA**  
**Describe 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 <b>solicitó un trabajo o una promoción</b>	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 <b>empleado ahora o si usted fue despedido</b>	Nombre del puesto:  Fecha de empleo:	<b>Escoja uno:</b> <input type="checkbox"/> <b>sigue empleado</b> <input type="checkbox"/> <b>despedido</b> <input type="checkbox"/> <b>suspendido</b> <input type="checkbox"/> <b>renuncio</b>	Si usted no sigue trabajando para este empleador, cual <b>fue su último día de trabajo?</b>

**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:** \_\_\_\_\_

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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 (testigos) 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? \_\_\_\_\_

---

**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 lesiono 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? \_\_\_\_\_

**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 tomo 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 reporto?

\_\_\_\_\_

¿Se quejo 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 investigo 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:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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 violo 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? \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

**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? \_\_\_\_\_

## 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