

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. 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 deber 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, firmarla, y devolverla 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 firmada dentro de **90 días** del acto ilegal.
- 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 son ilegales. 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 firmada. 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
Historia Criminal	Asociación con un Clase Protegida
Religión	Represalias por participar en Actividades protegidas (ver abajo)
Estado de Trabajador Lesionado (<i>represalias/ problemas de reempleo</i>)	

PROTECTED ACTIVITIES WE ENFORCE

Acta de Ausencia de Familias de Oregon	Testificar en las Audiencias del Departamento de Empleo
Licencia por Enfermedad de todo el Estado	Licencia por Enfermedad de Portland
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
Averiguar acerca de los sueldos en el trabajo	Represalias ilegales por presentar una queja por violaciones de los estatutos de sueldos
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 trabajo	Represalias por el uso de la Licencia por Enfermedad (Ciudad de Portland solamente)

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

Por favor escriba claramente. (Este documento no es una queja oficial.)

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

Dirección _____

Ciudad/Estado/Código Postal _____

Número de teléfono _____ Otro teléfono _____

Correo electrónico _____

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 (solo 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: _____

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 EP GN

Basis: _____

Issues: _____

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 estaba 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 trabajo para el empleador	Nombre del puesto: Fecha de empleo:	Escoja uno: ____ sigue empleado ____ despedido ____ suspendido ____ renuncio	Si usted no sigue trabajando para este empleador, ¿qué día fue despedido o renunció?

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"/> Licencia por Enfermedad del Estado / Licencia pagada por Enfermedad de Portland (llene p. 11)		
<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. ¿Qué 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, ¿Qué 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, **¿Qué es lo que usted cree que es ilegal, que paso, quien lo hizo, y porque usted cree que es debido a su clase protegida? Usted puede usar páginas adicionales si es necesario.**

Día: _____ El daño: _____

Descripción: _____

Día: _____ El daño: _____

Descripción: _____

Día: _____ El daño: _____

Descripción _____

4. 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? _____

5. 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 usted piensa que ellos fueron tratados así.

6. 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.

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, empleados tienen derecho a trabajo liviano y/o el derecho de regresar al puesto que tenían después que el médico dio de alta. 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, copie esta página y llene una por cada accidente.

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? _____

¿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 el puesto? _____

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

¿ Le ofreció su empleador un puesto de trabajo liviano? 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 **BOLI** dentro de los 90 días de la última represalia ilegal.

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 la Administración de Salud y Seguridad 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 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 contra usted 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 DISCAPACIDAD
(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 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) es considerado como discapacitado; 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 su discapacidad(es)? (por ejemplo: caminar, levantar cosas, ver, respirar, oír, etc.)? _____

¿Cómo está limitación lo afecta a usted en comparación con una persona no discapacitada en 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) _____ Cuando? _____

Si pidió, ¿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 _____ Si le dieron, ¿Cuáles fueron 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 y subsecuentemente, alguien que está en OFLA por ausencia parental no tiene que recalificar para usar el tiempo por tener hijos enfermos. 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

¿Trabaja usted 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? _____
 ¿Cómo 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 diagnóstico? _____

¿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 jefe para no darle ese trabajo? _____

¿Ha sufrido represalias del empleador por haber usado tiempo protegido bajo OFLA? Sí No

Si contesto si, ¿De qué manera el empleador tomo represalias? _____

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

Para víctimas de violencia doméstica, acoso, y asalto sexual

OVCCLA provee ausencia protegida y acomodación razonable por seguridad para víctimas de violencia doméstica, asalto sexual, y acoso que buscan ayuda para sí mismos, sus hijos menores de edad, o para sus dependientes.

Si esta solicitando que no proporcionemos su dirección, por favor denos información de un contacto.

Nombre: _____ Teléfono _____

Dirección _____

Nombre del contacto: _____ Teléfono del Contacto: _____

*El pedido debe estar apoyado con evidencia de que usted o un miembro de la familia que vive con usted ha sido víctima de abuso doméstico ORS 192.445(2)(b).

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

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

¿Cómo y a quién usted dio avisó? _____

¿Pidió usted acomodación por seguridad? Si pidió, describa: _____

¿Pidió usted ausencia del trabajo para los propósitos de OVCCLA? Sí No

¿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? _____ Nombre del puesto: _____

¿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

LICENCIA POR ENFERMEDAD A NIVEL ESTATAL & EN PORTLAND

Para tener derecho a Licencia **Pagada** por Enfermedad a nivel Estatal, el empleador debe emplear a 10 o más empleados en el estado de Oregon. Un empleado acumula licencia por enfermedad una hora pagada por cada 30 horas de trabajo o un empleador puede optar por "carga frontal" 40 horas de permiso pagado al comienzo del año. Un empleador que **tiene menos de 10 empleados en Oregon** es requerido proporcionar la licencia **sin** pago.

Si el empleador tiene **6 o más empleados** dentro de una ciudad de más de 500,000 (Portland), el empleador puede estar obligado a proporcionar la licencia por enfermedad. Un empleado acumula licencia por enfermedad una hora pagada por cada 30 horas de trabajo o un empleador puede optar por "carga frontal" 40 horas de permiso pagado al comienzo del año. Un empleador que **tiene menos de 6 empleados en Portland** es requerido proporcionar la licencia **sin** pago.

- ¿Su patrón emplean a 10 o más empleados en el Estado de Oregon? Sí No
- ¿Su patrón emplea a 6 o más empleados en una ciudad de más de 500,000 (Portland)? Sí No
- ¿Cuándo le dijo a su empleador que tenía previsto utilizar la licencia por enfermedad? _____
- ¿Cómo le aviso (por ejemplo, por escrito, verbal), y a quién? Breve explicación: _____
-

¿Qué tipo de licencia usted planeaba usar (seleccione una)?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Su propia condición médica | <input type="checkbox"/> Para cuidar a un bebe / niño adoptado |
| <input type="checkbox"/> Licencia Parental | <input type="checkbox"/> Para lidiar con la muerte de un miembro de la familia |
| <input type="checkbox"/> Una condición medica de un miembro de la familia | <input type="checkbox"/> Licencia de Niño Enfermo |
| <input type="checkbox"/> Para buscar tratamiento médico/recuperarse de las lesiones causadas por la violencia doméstica | |

¿Fue continuo o intermitente la licencia solicitada / repetida? _____

¿Si la licencia es/fue por su propia cuenta o condición de salud grave de un familiar, cual fue diagnóstico?

¿Cuándo regreso, le dieron el trabajo que tenía en el momento de comenzar su permiso? Sí No

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

Si no, ¿Todavía existe su trabajo? Si No Si no, ¿Hay una posición equivalente disponible? Sí No

Si es así, ¿Fue colocado en esa posición? Si No Si no, ¿Qué razón le dio el empleador? _____

¿El empleador ha tomado represalias contra usted por usar o tratar de usar la licencia pagada por enfermedad?

Si No Si es así, ¿Cuál fue la represalia? _____
