

**Queja por Discriminación en el Empleo
Conforme a Contratos Gubernamentales Federales**

Departamento de Trabajo de EE.UU.

Oficina de Administración de Normas Laborales de los
Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP)



Instrucciones: Antes de llenar este formulario, por favor lea todas las instrucciones, incluidas en la notificación de la Ley de Privacidad que se encuentra a continuación. Utilice este formulario para presentar su queja por discriminación en el empleo conforme a cualquiera de los programas de cumplimiento de contratos federales (Office of Federal Contract Compliance Programs) (OFCCP). Note: No es necesario que las personas respondan a esta recopilación de información, a menos de que se muestre un número de control válido de la Oficina de Administración y Presupuesto (OMB).

N.º de la OMB: 1215-0131
Vence el 1 -31-2011

Notificación de la Ley de Privacidad:

La autoridad para la recopilación de esta información es la Orden Ejecutiva 11246 (Executive Order 11246), y sus enmiendas; Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Sec. 503 of the Rehabilitation Act of 1973), y sus enmiendas; la Ley de Asistencia para la Readaptación de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974 (Vietnam Era Veterans' Readjustment Assistance Act of 1974), y sus enmiendas, 38 U.S.C. 4212; Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Title VII of the Civil Rights Act of 1964), y sus enmiendas; y/o el Título I de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990 (Title I of the Americans with Disabilities Act of 1990), y sus enmiendas. Esta información se utiliza para procesar la queja y realizar las investigaciones de supuestas violaciones de las leyes antes indicadas. Proporcionaremos una copia de estas quejas al empleador contra quien se presente el mismo y, cuando el caso presentado esté cubierto por el Título VII y/o la ADA, se deberá proporcionar una copia a la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo [U.S. Equal Employment Opportunity Commission (EEOC)] de EE.UU. La información recopilada puede verificarse con otras personas que puedan tener conocimiento relevante con relación a la queja. También se puede utilizar en las negociaciones de conciliación con el empleador o en el desarrollo de la presentación de evidencia en la audiencia, o puede divulgarse a otras agencias con jurisdicción sobre la queja. Esta información se proporciona voluntariamente; no obstante, si no se proporciona la información, se restringirá la medida que el Departamento de Trabajo (Department of Labor) podrá tomar en su nombre y, para los motivos cubiertos por el Título VII o la ADA, puede afectar su derecho de iniciar acciones legales conforme a esas leyes.

Sin represalias: Los reglamentos de la Oficina de Administración de Normas Laborales de los Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP), y el Título VII y/o la ADA donde corresponda, requieren que el empleador tome todos los pasos necesarios para garantizar que no haya represalias contra cualquier persona que presente una queja o ayude en su investigación. Esto incluye cualquier intimidación, amenaza, coacción o discriminación. Notifique a la Oficina de Administración de Normas Laborales de los Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) de inmediato si ocurre un supuesto intento de toma de represalias.

Presentación inmediata: Todas las quejas/querellas deben presentarse en un número específico de días después del último supuesto acto de discriminación. Según la Orden Ejecutiva 11246: 180 días; según las Leyes de Rehabilitación y Veteranos: 300 días. Las excepciones deben estar aprobadas por el Diputado Secretario Asistente (Deputy Assistant Secretary) de la Oficina de Administración de Normas Laborales de los Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP).

Nombre y dirección: Sr. Sra. Srta.	Nombre y dirección de la compañía que presuntamente lo discriminó:
Nombre _____	Nombre _____
Línea N.º 1 _____ Ciudad _____	Línea N.º 1 _____ Ciudad _____
Línea N.º 2 _____ Estado _____ Código postal _____	Línea N.º 2 _____ Estado _____ Código postal _____
N.º telefónico _____	N.º telefónico _____
Envíe este formulario por correo a la Oficina Regional de la Oficina de Administración de Normas Laborales de los Programas de Cumplimiento de Contratos Federales (OFCCP) del Departamento de Trabajo:	Proporcione la(s) fecha(s) del (de los) último(s) supuesto(s) acto(s) de discriminación: _____

Paso 1: Marque la casilla al lado del programa por el cual presenta su queja (es decir, Orden Ejecutiva 11246, y sus enmiendas; Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus enmiendas; la Ley de Asistencia para la Readaptación de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, y sus enmiendas; 38 U.S.C. 4212).

Paso 2: Marque la casilla al lado del programa por el cual presenta su queja (es decir, Orden Ejecutiva 11246, y sus enmiendas; Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus enmiendas; la Ley de Asistencia para la Readaptación de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, y sus enmiendas; 38 U.S.C. 4212).

Orden Ejecutiva 11246, y sus enmiendas. Esta Orden cubre a las personas que alegan discriminación por motivos de raza, color, religión, sexo o nacionalidad. Si marca esta opción, su queja tendrá una presentación doble como una querrela conforme al Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964. Considero que fui discriminado (o continúo siendo discriminado) por mi:

Motivos:	Raza	Hispano o latino	Nativo estadounidense o nativo de Alaska
	Color	No hispano o latino	Asiático
	Asiático		Negro o afroamericano
	Sexo	Femenino	Masculino
	Nacionalidad		Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico
	Otro		Blanco

Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus enmiendas. Esta Ley cubre a las personas con una discapacidad, a las personas con un historial de discapacidad física o mental, y a las personas que el empleador considere como discapacitadas. Si marca esta opción, su queja tendrá una presentación doble como una querrela conforme a la Ley para Estadounidenses con Discapacidades.

Motivo: Discapacidad Marque si es veterano. Sí No

Ley de Asistencia para la Readaptación de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, y sus enmiendas, 38 U.S.C. 4212. Esta Ley cubre a los veteranos discapacitados especiales, a los veteranos de la Era de Vietnam, a los veteranos separados recientemente, a los veteranos discapacitados, a los veteranos con medallas del servicio de las Fuerzas Armadas y a otros veteranos protegidos.

SI SU QUEJA SE BASA EN LA CONDICIÓN DE VETERANO, MARQUE UNA O MÁS DE LAS SIGUIENTES CASILLAS SEGÚN CORRESPONDA.

Recibí la baja o fui expulsado del servicio activo el (ingrese la fecha de baja o expulsión) _____

Soy un veterano que, mientras prestaba el servicio activo en las Fuerzas Armadas, participé en una operación militar de Estados Unidos por la cual se otorgó una medalla del servicio de las Fuerzas Armadas conforme a la Orden Ejecutiva 12985 (Executive Order 12985) (61 FR 1209).

Presté servicio activo durante una guerra o en una campaña o expedición para la cual se ha autorizado una insignia de campaña.

Presté servicio activo durante un período de más de 180 días, y recibí la baja con un motivo distinto a una expulsión por conducta deshonrosa, y el servicio activo ocurrió en la República de Vietnam entre el 28 de febrero de 1961 y el 7 de mayo de 1975, o entre el 5 de agosto de 1964 y el 7 de mayo de 1975 en todos los demás casos.

Recibí la baja o fui expulsado del servicio activo debido a una discapacidad relacionada con el servicio. Si marca esta casilla, debe presentar la información médica que originó su baja o expulsión con este formulario. (Esta información está disponible en el Centro de Registro Nacional Personal de Archivos (Master Military Record at the National Personnel Record Center), 9700 Page Blvd., St. Louis, MO 63132).

Soy veterano con derecho a indemnización (o a quien por recibir el sueldo de militar retirado se le otorgaría una indemnización) conforme a las leyes administradas por el Secretario de Asuntos de Veteranos. Marque una de las siguientes:

- A Discapacidad calificada al 30% o más
- B Calificada al 10% ó 20% y se ha determinado oficialmente que tiene una discapacidad laboral grave
- C Discapacidad calificada, pero no aplica la opción a y tampoco la opción b

Paso 3: Marque las acciones que considera que el empleador tomó o no tomó debido a su raza, color, religión, sexo, nacionalidad, discapacidad o condición de veterano (puede marcar más de una):

Problema(s):

Contratación	Ascenso	Asignación laboral	Adaptaciones para discapacitados
Terminación	Descenso	Capacitación y pasantía	Acatamiento del Día de descanso sabático
Despido temporal	Antigüedad	Centros segregados	Intimidación
Recontratación	Acoso	Represalia	Otro: _____
Sueldo	Beneficios laborales	Política sobre licencia por embarazo	

PARA CADA PROBLEMA, EXPLIQUE EN SU DECLARACIÓN A CONTINUACIÓN CÓMO FUE DISCRIMINADO.

1. ¿Conoce a cualquier otro empleado o solicitante de su grupo que recibió el mismo trato (marcado anteriormente) que usted alega que recibió?

Sí No Si la respuesta es afirmativa, incluya los nombres en su declaración a continuación y explique cómo fueron tratados.

2. ¿Conoce a cualquier otro empleado o solicitante que NO es de su grupo y recibió el mismo trato (marcado anteriormente) que usted alega que recibió?

Sí No Si la respuesta es afirmativa, incluya los nombres en su declaración a continuación y explique cómo fueron tratados.

LA QUEJA

Describa con detalles el (los) supuesto(s) acto(s) de discriminación

INCLUYA:

- ¿Por qué considera que el (los) acto(s) fue (fueron) debido a su discapacidad, condición de veterano, raza, color, religión, sexo o nacionalidad?;
- Fechas, lugares, nombres y cargos de las personas involucradas y testigos, si los hay;
- Qué daño, si lo hubo, usted o otras personas con quienes trabajo, sufrieron como resultado (de los) presunto(s) acto(s) de discriminación?;
- ¿Qué explicación, si la hay, ofreció el empleador por (los) acto(s)?;
- Cualquier información que tenga sobre los contratos federales que tiene el empleador.

Si la presente es una queja por discapacidad, describa la misma, su historial de discapacidad o por qué cree que el empleador lo consideró como discapacitado.

[Empty rectangular box for detailed information]

(En el cuadro anterior, escriba detalladamente toda la información que se requiere)

Si ha pedido ayuda para resolver esta queja a otra fuente (otra agencia, un abogado, procedimiento de quejas internas, etc.), indíquela aquí y el nombre de la fuente, la fecha en que pidió ayuda y el resultado, si lo hubo:

Nombre _____	Fecha _____
Resultado:	

AMIGO O PARIENTE:

Notifique a la OFCCP si cambia de dirección o número telefónico. Puede indicar aquí a una persona que puede saber cómo contactarlo en caso de que la OFCCP no pueda comunicarse con usted en su dirección o por teléfono.

Nombre _____

Línea 1 _____ Ciudad _____

Línea 2 _____ Estado _____ Código postal _____

Parentesco _____

Teléfono _____

¿PRESENTADO EN OTRO LUGAR?

Si ha presentado esta queja o una similar en otro lugar, proporciónenos los detalles:

Nombre _____

Línea 1 _____ Ciudad _____

Línea 2 _____ Estado _____ Código postal _____

Contacto _____

Teléfono _____

¿TIENE REPRESENTACIÓN?

Si está representado por un abogado o otra persona o organización, proporciónenos los detalles:

Nombre _____

Línea 1 _____ Ciudad _____

Línea 2 _____ Estado _____ Código postal _____

Contacto _____

Teléfono _____

FIRMA Y VERIFICACIÓN

Declaro bajo pena de perjurio que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. (Una declaración falsa intencional es sancionada por ley: 18 U.S.C. 1001.) Por medio de la presente autorizo la divulgación de cualquier información médica necesaria para la investigación.

Firma del Reclamante

Fecha

Declaración pública obligatoria

Estimamos que tomará un promedio de 1 hora y 28 minutos para llenar este formulario de queja, tomando en cuenta el tiempo para revisar las instrucciones, buscar las fuentes de datos existentes, recopilar y conservar los datos necesarios y llenar y revisar la información. Si tiene algún comentario con relación a estos estimados o cualquier otro aspecto de este formulario de querrela, incluso sugerencias para reducir este procedimiento obligatorio, envíelos a la Office of Federal Contract Compliance Programs Policy Division (1215-0131), 200 Constitution Avenue, N.W., Room C3310, Washington, D.C. 20210

NO ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A ESTA OFICINA.

No escriba debajo de esta línea

El Reclamante ha verificado esta queja en mi presencia. Esta queja no es ahora la base de una investigación conforme a la Orden Ejecutiva 11246, y sus enmiendas; la Sección 503 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus enmiendas; y/o la Ley de Asistencia para la Readaptación de los Veteranos de la Era de Vietnam de 1974, y sus enmiendas; 38 U.S.C. 4212)

Nombre del investigador

Cargo

Firma del investigador

Fecha