



---

**FORMULARIO DE QUEJA**

El propósito de este formulario es brindarle ayuda para interponer una queja de discriminación ante la Sección de Coordinación y Revisión del Departamento de Justicia de los EE.UU. No se le exige que utilice este formulario; una carta que contenga la misma información es suficiente. En todo caso, deberá proporcionarse siempre la información que se pide en los puntos marcados con un asterisco (\*), independientemente de si utiliza o no el formulario.

1. \* Su nombre y dirección

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Numero de teléfono:

Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Empleo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. \* Persona o personas discriminadas, si no es Vd.:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Numero de teléfono:

Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Empleo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Por favor, explique su relación o parentesco con la persona o personas indicadas en el número 2.

\_\_\_\_\_

3. \* Agencia, departamento o programa que realizó la discriminación:

Agencia \_\_\_\_\_

Persona u oficial encargado \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Numero de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

4A. \* Si la discriminación no fue por parte de su empleador, ocurrió en el curso de la prestación de servicios o en otras acciones realizadas por efectivos del departamento o agencia arriba indicada? Indique a continuación cuál fue la base de la discriminación realizada en su contra:

\_\_\_\_\_ Raza/color \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nación de origen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Discapacidad \_\_\_\_\_

4B. \* Empleo: ¿Está su queja relacionada con la discriminación en el empleo del departamento o agencia arriba indicada? De ser este el caso, sirvase indicar a continuación en que cree que se basaron estas acciones de discriminación (por ejemplo, "Raza: afroamericana" o "Sexo: mujer").

\_\_\_\_\_ Raza/color \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Nación de origen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Religión \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Discapacidad \_\_\_\_\_

5. Por favor, indique cómo y a qué horas podemos contactarle a usted para ampliar

la información referente a esta queja.

- 
6. Si no es posible contactarle a Vd. directamente, favor de indicarnos el nombre y número telefónico de otra persona que nos pueda ampliar la información sobre este caso, y como podríamos ponernos en contacto con Vd. posteriormente:

---

7. Si Vd. tiene abogado que lo representa en el asunto planteado en esta denuncia, indiquenos aquí la información de contacto de esa persona:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

8. \* Que Vd. recuerde, ¿en qué fecha o fechas tuvo lugar la presunta discriminación?

Fecha del primer incidente de discriminación \_\_\_\_\_

Fecha del más reciente incidente de discriminación \_\_\_\_\_

9. Las denuncias de discriminación deben interponerse por lo general dentro de un plazo de 180 días desde la fecha del mas reciente incidente de presunta discriminación. Si la fecha citada del mas reciente acto de discriminación ocurriera hace más de 180 días, usted podría solicitar una exención del requerimiento de presentación. En tal caso, por favor, explique por qué esperó hasta ahora para interponer su denuncia.

---

---

---

---

---

---

---

---

10. \* Explique de la manera mas detalladamente posible lo que sucedió, por qué cree usted que esto sucedió, y cómo se discriminó en su contra. Indique los nombres de las personas involucradas en el incidente. Por favor, describa si usted fue tratado de diferente manera que otras personas (por favor, si así lo desea, utilice hojas adicionales y envíe copias de materiales que sean pertinentes a su caso).

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

11. Las leyes que hacemos valer prohíben que las entidades beneficiarias de fondos del Departamento de Justicia realicen actos de intimidación o que tomen represalias en contra de las personas que hayan participado en alguna acción para defender los derechos protegidos por dichas leyes. Si usted cree que se ha tomado represalias en su contra (que sean diferentes de la presunta discriminación expuesta en el punto numero 1), por favor, explique las circunstancias al respecto. Explique qué acciones tomó usted, y qué considera

que fue la base de las presuntas represalias tomadas en su contra.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

12. Por favor, escriba los nombres de las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros), que estima que debemos de contactar a fin de ampliar la información que pueda respaldar o aclarar los hechos de su denuncia.

Nombre

Dirección

Numero de teléfono

---

---

---

---

13. ¿Tiene usted información adicional que considere pertinente a nuestra investigación sobre sus acusaciones?

---

---

---

---

---

14. ¿Qué remedio busca usted por este acto de discriminación?

---

---

---

15. ¿Ha interpuesto usted (o la persona discriminada) esta misma o cualquier denuncia ante otras oficinas del Departamento de Justicia, entre ellas, la Oficina de Programas Judiciales, o la Oficina Federal de Investigaciones (FBI por sus siglas en inglés)?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Si respondió afirmativamente,

¿podría proporcionarnos el numero del caso? \_\_\_\_\_

¿En contra de qué agencia o departamento o programa?

Agencia \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Fecha de presentación de la denuncia \_\_\_\_\_

Tema tratado en la denuncia \_\_\_\_\_

---

---

¿Cuál fue el resultado?

---

16. ¿Ha interpuesto o tiene la intención de interponer una acusación o denuncia en lo que respecta a los asuntos planteados en esta denuncia ante alguno de las

siguientes agencias?

\_\_\_\_\_ Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC por sus siglas en ingles)

\_\_\_\_\_ tribunal federal o estatal

\_\_\_\_\_ comisión estatal o local de relaciones/derechos humanos

\_\_\_\_\_ oficina de quejas

17. Si contestó que sí a la pregunta anterior, le agradecemos que proporcione la siguiente información (si le es necesario, adjunte documentación adicional) al respecto:

Nombre de agencia \_\_\_\_\_

Fecha de presentación del caso \_\_\_\_\_

Numero del caso \_\_\_\_\_

Fecha de la audiencia \_\_\_\_\_

Ubicación de la agencia o tribunal \_\_\_\_\_

Investigador del caso \_\_\_\_\_

Situación actual del caso \_\_\_\_\_

Observaciones adicionales \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Aunque no es necesario que sepa si la agencia o institución que está denunciando recibe fondos federales, si sabe que el programa o departamento en el que ocurrió la presunta discriminación recibe fondos o asistencia federal del Departamento de Justicia, favor de proporcionar cualquier información que tenga al respecto.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

19. No podemos aceptar una denuncia que no está firmada. Por favor, firme y escriba la fecha en que llenó este formulario.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

Por favor, no dude en agregar hojas y/o documentación adicional si lo estima necesario para aclarar los hechos.

Necesitaremos su consentimiento para divulgar su nombre, si fuera necesario, en el transcurso de cualquier investigación que se realice. Por lo tanto, será necesario que usted firme el formulario de consentimiento (si usted está interponiendo la denuncia en nombre de otra persona, normalmente esa persona tendría que firmar dicho formulario). Para más información, véase adjunto el *Aviso sobre usos de información personal para efectos de investigación*.

Por favor, envíe por correo el Formulario de denuncia de discriminación, llenado y firmado, así como el Formulario de consentimiento firmado (le recomendamos saque fotocopia de ambos documentos), a la siguiente dirección:

Coordination and Review Section - NWB  
Civil Rights Division  
U.S. Department of Justice  
950 Pennsylvania Avenue, N.W.  
Washington, D.C. 20530

Llamada gratuita: (888) 848-5306  
Linea directa: (202) 307-2222  
Para sordos o TDD: (202) 307-2678

20. ¿Cómo supo de que podía presentar esta denuncia?

\_\_\_\_\_

21. Si ya tiene un número de expediente asignado por el Departamento de Justicia, por favor, escríbalo aquí: \_\_\_\_\_

Si la primera hoja de este formulario no lleva número de control vigente de la Oficina de Gestión y Presupuesto (OMB por sus siglas en inglés), no se le exige a usted que llene este formulario, a menos que el Departamento de Justicia ya haya iniciado una investigación administrativa de su caso.