



**FORMULARIO DE ADMISIÓN: No Residencial
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y CIVILES DE DES MOINES**

Por favor mande por correo, correo electrónico, o traiga esta información a:

602 Robert D. Ray Drive, Des Moines, Iowa 50309
Teléfono: 515-283-4284 • Fax: 515-237-1408 • Email: humanrights@dmgov.org

AGENCY USE ONLY	
Local Commission # _____	
ICRC # _____	
EEOC # _____	
Date Received: _____	

**IMPORTANTE:
POR FAVOR
LEA**

- ◆ Este formulario es afectado por la Ley de Privacidad de 1974
- ◆ Este formulario se utiliza para obtener información antes del proceso de queja.
- ◆ **ESTA NO ES UNA QUEJA OFICIAL.**
- ◆ La organización o persona indicada en este formulario recibirá una copia de su queja oficial.
- ◆ *Cualquier declaración falsa o, ocultar información puede ser perjudicial en el caso y puede dar lugar a un resultado anómalo.*

**NOTA: Por favor escriba o imprima (en tinta solamente).
Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Los asteriscos (*) indican información requerida.**

Nombre(s): (Primer, Segundo, Apellido) *		Fecha de Nacimiento:*	
Dirección actual (Numero y Calle) *		Correo electrónico:	
Ciudad: *	Estado: *	Código Postal: *	Condado:
Número de Teléfono y código de área: *		Número de Teléfono Alterno y código de área:	
¿Podemos dejar mensaje de voz? * Sí No		Modo preferido de Contacto (Correo, Correo Electrónico, Teléfono): *	
Nombre de Contacto Si Usted No Está Disponible: *		Número de Teléfono de Contacto y código de área: *	
Nombre de Abogado o Representante (Si Aplica):		Número de Teléfono del Abogado:	
Fecha del Mas Reciente Incidente Discriminatorio: *			
Género: * (Especifique por favor)		Origen Nacional: * (País de Origen, Ascendencia)	
Raza: * (Indique todos que correspondan) <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Isleño Asiático/Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo <input type="checkbox"/> Otro:			

MEJOR HORARIO PARA CONTACTO (INDIQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN). (REQUERIDO)

Mañana Tarde Noche Entre: _____ Y: _____

BASE(S) DE DISCRIMINACIÓN (REQUERIDO) LA DISCRIMINACIÓN FUE POR: ESPECIFIQUE LO NECESARIO

<input type="checkbox"/> Edad: <input type="checkbox"/> Asociación (con clase protegida): _____ <input type="checkbox"/> Color: Piel Clara _____ Piel Morena _____ <input type="checkbox"/> Credo: Especifique _____ <input type="checkbox"/> Estado Familiar: Edad(es) de hijo(s): _____ <input type="checkbox"/> Identidad de Género: _____ <input type="checkbox"/> Estado Civil: _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad Mental	<input type="checkbox"/> Origen Nacional: (País de Origen, Etnicidad, Acento): _____ <input type="checkbox"/> Discapacidad Física <input type="checkbox"/> Raza: _____ <input type="checkbox"/> Religión: _____ <input type="checkbox"/> Sexo/Género: _____ <input type="checkbox"/> Orientación Sexual: _____ <input type="checkbox"/> Represalia (Indique solo si sometió una denuncia antes con nosotros o estuvo en contra de prácticas discriminatorias)
--	---

AREA(S) DE DISCRIMINACIÓN (REQUERIDO) ACTA(S) DE DISCRIMINACIÓN SE REFIEREN A:

<input type="checkbox"/> Empleo	<input type="checkbox"/> Acomodaciones Publicas
<input type="checkbox"/> Practicas Municipales	<input type="checkbox"/> Otro: _____

NOMBRE DEL NEGOCIO O PROVEEDOR DE SERVICIO QUE CREE DISCRIMINÓ CONTRA USTED**(REQUERIDO):** La organización será cargada con discriminación y recibirá una copia de su queja.

Nombre del negocio o proveedor de servicio:			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Persona de Contacto (dueño, gerente, oficial):	Cargo:	Teléfono y código de área:	
Tipo de Negocio:			

INDIQUE OTROS NOMBRES DE LA EMPRESA: (ORGANIZACIÓN MATRIZ O LA OFICINA CORPORATIVA)

Esta organización será cargada con discriminación y recibirá una copia de su queja.

Nombre del negocio o proveedor de servicio : (si aplica)			
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Persona de Contacto (dueño, gerente, oficial):	Cargo:	Teléfono y código de área:	

Identifique la persona(s) que discrimino contra usted (REQUERIDO)

Nombre(s):

Cargo/Título:

Si usted reclama acoso, quien lo acoso? (REQUERIDO)

Nombre(s):

Cargo/Título:

Fecha del Acoso:

Locación:

Si la discriminación ocurrió en el área de empleo, por favor responda a las siguientes preguntas (REQUERIDO):

¿Cuándo fue su fecha de inicio en el empleo o fecha de aplicación?

¿Sigue siendo empleado de esta organización?

Si no, por favor indique la fecha de terminación:

¿Cuál fue su cargo/posición durante su empleo?

¿Cuántos empleados tiene esta empresa? Incluya empleados de tiempo-completo y medio-tiempo en **TODAS** las locaciones. Menos de 4 4 a 14 15 a 100 101 a 200 201 a 500 más de 500**TESTIGOS QUE PODRAN PROVEER EVIDENCIA EN SU SOPORTE:**

(1) Nombre de Testigo:	Cargo:	Teléfono y código de área	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
(2) Nombre de Testigo:	Cargo:	Teléfono y código de área:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

¿A usted sometido esta queja con cualquier otra agencia o grupo Federal, Estatal, o Local contra la discriminación?
(Si es así, por favor indique el nombre y la fecha de entrega.)

Resumen de la queja: Por favor llene los particulares de su queja. Sea lo más específico posible, incluyendo quien lo discrimino, cuando paso, donde sucedió, y porque cree usted que paso. **(REQUERIDO)**

Recuerde que debe indicar por qué siente que fue discriminado. Incluya nombres y fechas si están disponibles. La queja se debe registrar con la Comisión de Derechos Civiles y Humanos de Des Moines entre los **300 días del más reciente incidente discriminatorio.** **Si necesita más espacio, por favor añada otra página o envíe información adicional a humanrights@dmgov.org.** No escriba atrás de la página.

Marque TODAS las acciones que la compañía, organización, y/o persona(s) tomo contra usted (REQUERIDO):

- | | | | |
|---|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Falta de contratación | <input type="checkbox"/> Degradación | <input type="checkbox"/> Promoción denegada | <input type="checkbox"/> Beneficios denegados |
| <input type="checkbox"/> Disciplina | <input type="checkbox"/> Suspensión | <input type="checkbox"/> Despedido/Descarga Constructiva | <input type="checkbox"/> Negación de salario igual |
| <input type="checkbox"/> Acoso (no sexual) | <input type="checkbox"/> Represalias | <input type="checkbox"/> Discriminación de Embarazo | <input type="checkbox"/> Acoso sexual |
| <input type="checkbox"/> Servicios denegados | <input type="checkbox"/> Acceso denegado | <input type="checkbox"/> Trato diferente | <input type="checkbox"/> Transferencia Involuntaria |
| <input type="checkbox"/> Cambio de términos o condiciones de empleo | <input type="checkbox"/> Alojamiento razonable negado (por discapacidad o religión) | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (por favor describa) | | | |

Por favor responda a estas preguntas de modo que se relacionen con su queja. (REQUERIDO):

1. ¿Cuándo ocurrió el primer acto discriminatorio (fecha)?
2. ¿Por qué cree usted que fue basada en su clase protegida (edad, discapacidad, raza, religión, sexo, etc.)?
3. ¿Sabe usted de otras personas distintas a usted que fueron tratadas **mejor** bajo la misma circunstancia, o una parecida?
Sí No Si indico 'Sí', por favor indique el nombre de la persona, sus características, y como fue tratado mejor que usted.
4. ¿Sabe usted de otros individuos que fueron tratados **igual o peor** que usted bajo las mismas circunstancias, o una parecida?
Sí No Si indico 'Sí', por favor indique el nombre de la persona, sus características, y como fue tratado.

ALIVIO (REQUERIDO):

¿Cuál sería el alivio mínimo que usted aceptaría para resolver esta queja?

- | | | | | |
|---|---|--|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No Está Seguro | <input type="checkbox"/> Pago de salario atrasado | <input type="checkbox"/> Regresar al trabajo | <input type="checkbox"/> Acomodaciones | <input type="checkbox"/> Antigüedad |
| <input type="checkbox"/> Beneficios | <input type="checkbox"/> Monetario: \$ | <input type="checkbox"/> Otro: | | |

¿Estará usted dispuesto a participar en la conciliación (mediación) para buscar rápidamente una solución a su queja?

- Sí No Quisiera más información

¿Le gustaría que esta queja sea cruzada con la Comisión de Derechos Civiles de Iowa? Yes No

CONOCI ACERCA DE LA COMISION DE DERECHOS HUMANOS Y CIVILES DE DES MOINES POR MEDIO DE: (ESPECIFIQUE)

Certifico bajo pena de perjurio y en conformidad con las leyes del estado de Iowa y las leyes de los Estados Unidos de América que la declaración anterior es verdadera y correcta.
(REQUERIDO)

X _____ Fecha _____
Firma

Verificación sin notario autorizado por el Código de Iowa § 622.1; 28 U.S.C. § 1746

Si tiene algún documento o correspondencia que usted cree pueda ayudar esta investigación, por favor proporcione copias a nuestra oficina en persona, por correo, o por medio de humanrights@dmgov.org.