



# Formulario de queja por discriminación para empleados del estado de Nueva York

**Instrucciones:** Use este formulario para presentar una queja por discriminación por motivos de raza, color, país de origen, credo/religión, edad, discapacidad, condición de militar, antecedentes de arrestos o condenas penales, estado civil o situación familiar, características genéticas de predisposición, embarazo y trastornos relacionados, condición de víctima de violencia doméstica, situación de ciudadanía o inmigración, género/sexo, acoso sexual, orientación sexual, identidad de género o represalias.

Llene y entregue este formulario a la **Oficina de Relaciones con los Empleados, División de Investigaciones Antidiscriminación.**

## Sección 1: Información de la persona que presenta la queja

Nombre completo

Dirección de correo electrónico preferido

(para comunicaciones relacionadas con la queja)

Agencia/Empleador

Puesto/Unidad de negocios/Centro

Horario de trabajo (días/horas)

Lugar de trabajo/Dirección

Núm. de teléfono del trabajo

Domicilio particular

Núm. de teléfono personal

## Sección 2: Información del supervisor

Nombre del supervisor inmediato

Puesto

Lugar de trabajo/Dirección

Núm. de teléfono del trabajo

Nombre del supervisor de 2.º nivel

Puesto

Lugar de trabajo/Dirección

Núm. de teléfono del trabajo

## Sección 3: Detalles de la queja

1. Su queja por discriminación se fundamenta en (marque todas las opciones que correspondan):

- |   |  |  |   |
|---|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Raza           | <input type="checkbox"/> Edad  | <input type="checkbox"/> Estado civil o familiar                     | <input type="checkbox"/> Género/Sexo  |
| <input type="checkbox"/> Color          | <input type="checkbox"/> Discapacidad                                | <input type="checkbox"/> Características genéticas de predisposición | <input type="checkbox"/> Acoso sexual   |
| <input type="checkbox"/> País de origen | <input type="checkbox"/> Condición de militar                        | <input type="checkbox"/> Embarazo y trastornos relacionados          | <input type="checkbox"/> Orientación sexual   |
| <input type="checkbox"/> Credo/Religión | <input type="checkbox"/> Antecedentes de arrestos o condenas penales | <input type="checkbox"/> Condición de víctima de violencia doméstica | <input type="checkbox"/> Identidad de género  |
|   |  | <input type="checkbox"/> Situación de ciudadanía o inmigración       | <input type="checkbox"/> Represalias (por haber participado en una actividad protegida) |

2. Su queja por discriminación es en contra de:

Nombre 1	Puesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Agencia	Centro o lugar de trabajo	Teléfono del trabajo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación con usted:  Supervisor  Compañero de trabajo  Subordinado  Otro → Especifique:

Nombre 2	Puesto
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Agencia	Centro o lugar de trabajo	Teléfono del trabajo
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Relación con usted:  Supervisor  Compañero de trabajo  Subordinado  Otro → Especifique:



# Formulario de queja por discriminación para empleados del estado de Nueva York

3. Fecha(s) en que ocurrió la discriminación:

¿La discriminación continúa?

Sí  No

4. Describa la presunta conducta discriminatoria y las razones por las que la conducta es discriminatoria. Incluya los nombres de testigos, si los hay, y adjunte la documentación de sustento que tenga disponible. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

5. ¿Ha presentado una reclamación sobre esta queja a una agencia del gobierno federal, estatal o local?

Sí  No

6. ¿Ha iniciado una demanda o un procedimiento legal referente a esta queja?

Sí  No

7. ¿Ha contratado a un abogado en referencia a las acusaciones de la queja?

Sí  No

8. Este formulario de queja fue completado por:

- Persona que presenta la queja
- Supervisor o gerente
- Funcionario antidiscriminación

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Entregue el formulario completado (a través de correo electrónico o postal) a la Oficina de Relaciones con los Empleados, División de Investigaciones Antidiscriminación:

**Empire State Plaza  
Agency Building 2  
Albany, New York 12223**  
[antidiscrimination@oer.ny.gov](mailto:antidiscrimination@oer.ny.gov)