Oficina de Relaciones con los Empleados, División de Investigaciones Antidiscriminación
Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@oer.ny.gov

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.° 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):

- ☐ Raza
- ☐ Color
- ☐ País de origen
- ☐ Credo/Religión
- ☐ Edad
- ☐ Discapacidad
- ☐ Condición de militar
- ☐ Antecedentes de arrestos o condenas penales
- ☐ Estado civil o 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
- ☐ Represalias (por haber participado en una actividad protegida)

2. Su queja por discriminación es en contra de:

Nombre 1

Puesto

Agencia

Centro o lugar de trabajo

Teléfono del trabajo

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

Nombre 2

Puesto

Agencia

Centro o lugar de trabajo

Teléfono del trabajo

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

Continúa -->

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