Forma de Información de Querella

Fecha de Expiración: Julio 31, 2014

Por favor lea cuidadosamente. Escriba su respuesta. Conteste cada pregunta con la mayor precisión posible. Si la contestación no base en el espacio en la página, puede añadir más paginas.

Si alguna de las preguntas o información solicitada tiene un asterisco (*) al lado, usted debe proporcionar dicha información. Es opcional proporcionar el resto de la información solicitada, pero si contesta podría asistir al Benton Franklin Workforce Development Council (WDC) a procesar su querella. Si no sabe la contestación a las preguntas, indique "Desconozco" en el espacio para la respuesta. Si la pregunta no aplica en su caso, indique "n/a".

***1. Es el querellante o el representante del querellante? Por favor marque la casilla que corresponda.** ☐ Querellante ☐ Representante

2. Por favor indique su nombre y el resto de la información solicitada en las líneas de abajo.** ***Si usted es el Representate del Querellante, indique el nombre del Querellante y donde comunicarnos con el/ella en esta sección, además de indicar su nombre y donde podamos comunicarnos con usted el la sección 2ª.

_____
*Nombre del Querellante

_____
*Direccion de la calle

_____ _____ _____
*Ciudad *Estado Codigo Postal

_____ _____ _____ _____
Numero de Telefono(s) donde podamos conseguirle

_____ _____
Direccion de correo electronico Mejor hora para comunicarnos con usted

2A. Si esta representando al Querellante, por favor indique su nombre, dirección y donde comunicarnos con usted en la sección 2A.

_____ _____
Nombre de Representate Organizacion del Representate (si alguna)

_____
Direccion/calle

_____ _____ _____
Cuidad Estado Codigo Postal

_____ _____ _____ _____
Numero de teléfono(s) donde podamos conseguirle. *(Si prefiere que no llamemos as su teléfono de trabajo, no incluya el número.)*

_____ _____
Direccion de correo electronico Best time to contact you.

Para el resto de las preguntas en esta forma, si usted radicando la querella en lugar de otra persona, "Usted" significa esa persona (el Querellante), no usted personalmente. Por favor indique las respuestas que el Querellante indicaría, si el o ella estuvieran completando esta forma

***3. Este querella es sobre un asunto que le ocurrió a (Por favor marque la casilla que corresponda):**

☐ Solo a mi ☐ A mi y a otras personas ☐ A otra(s) persona(s), pero no a mi

***4. Por favor, indique el nombre de la agencia, organización, o negocio del Demandado. Si tiene información de contacto de la agencia, organización, o negocio, por favor indíquelo también.**

_____ _____ _____
*Nombre, de la Agencia, Organización, o Negocio Number de telefono(s)

_____ _____
Calle o direccion de correo Correo Electronico

Revised June 2012
Spanish version

***5. Que programa esta relacionado con la acción discriminatoria que usted reclama?** Si no conoce el nombre del programa, y su querella no se relaciona con WorkSource Columbia Basin, por favor marque "Desconozco".

- ☐ Workforce Investment Act Program
- ☐ Job Corps Program
- ☐ Seguro de Desempleo (Unemployment Insurance)
- ☐ Employment Service or Job Service
- ☐ Trade Assistance Act Program
- ☐ Otro (que programa?) _____
- ☐ WorkSource Columbia Basin ☐ Gobierno Estatal o Local
- ☐ Vocational Rehabilitation
- ☐ American Recovery and Reinvestment Act (ARRA) Program
- ☐ Programa de Migrantes y Trabajadores de Temporada de Granja (Migrant and Seasonal Farm Workers Program)
- ☐ Desconozco

6. Que persona(s) de la agencia, organización o negocio que menciona en respuesta a la partida 4 arriba, esta(n) relacionada(s) en el alegado discrimen? Si usted necesita mas espacio para enumerar toda las persona, por favor añada más paginas a esta forma.

Nombre de Persona _____ Titulo de Trabajo _____ Correo electronico _____

Nombre de la Organizacion _____ Direccion de correo o electronica _____

Cuidad _____ Estado _____ Codigo postal _____ Numero de telefono(s) _____

7. Por que cree usted aconteció el alegado discriminen?** Po favor marque la casilla que esta al lado de la razón relacionada con el alegado discrimen, y conteste cualquier otra pregunta relacionada. Si no marca por lo menos una casilla, usted podría dilatar el proceso de su querella. ***Puede marcar mad de un casilla.

☐ **Por mi Origen Nacional (por favor responsa a las preguntas de abajo**

Es usted de origen Hispano o Latino? ☐ Si ☐ No

Cual es su origen nacional? (el país de donde usted viene, o sus padres abuelos, o antepasados mas cercanos

_____

☐ **Por mi limitada dominio de idioma ingles** (En que idioma se comunica con mas comodidad?

(Por ejemplo: Español, Croacia, Cambodia) _____

☐ **Por mi Raza** (Por favor conteste las preguntas de abajo

Cuál es su raza? Por favor marque todas las que apliquen.

☐ Blanco Caucasico ☐ Negro o Afro Americano ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska

☐ Asiatico ☐ Nativo Hawaiano o de otra isla del Pacifico

☐ **Por mi sexo/genero** (Especifique): ☐ Hombre ☐ Mujer

☐ **Por mi Color**

☐ **Por mi Religion**

☐ **Por mi Edad** (Cual es su fecha de nacimiento?) _____

☐ **Por mi Afiliación Política o Creencia Política**

☐ **Po mi Discapacidad** (Por favor marque una de las siguientes tres casillas.)

☐ Yo tengo una discapacidad (que puede estar activa o inactiva en el presente). ☐ Yo tengo un historial de discapacidad.

☐ Yo tengo discapacidad, pero la organización o programa me trata como si fuera una persona discapacitada.

☐ **Por mi Ciudadanía (Cual es su ciudadanía?)** _____

☐ **Por mi participación en un programa que reciben ayuda financiera federal** (Nombre de programa.) _____

☐ **Por Represalia/Intimidación contra mi persona (Represalia)** por hacer de discrimen, o porque di testimonio en una investigación, testifique en proceso sobre discriminación, o estuve envuelto de alguna otra manera en una querella de discrimen.

***8. Por favor explique lo que ocurrió, como (o alguien mas) fue perjudicada por lo que ocurrió, y como y por que cree usted que lo que ocurrió fue discriminación.** Si a usted se le trato de manera diferente a otras personas o grupos, por favor describa a quien se le trato de manera diferente, como fue el trato diferente, o como el trato diferente le perjudico a usted (y a las otras personas que usted cree fueron discriminado(s). Por favor sea específico y breve. Indique los nombres y la información de contacto para cada una de las personas envueltas en este asunto.

Si su respuesta no cabe en el espacio de abajo, por favor utilice mas paginas o papel para completar su respuesta, u añada esas páginas a esta forma.

***9. En qué fecha(s) ocurrió la acción discriminatoria?**
9A. Fecha de la primera acción: _____
9B. Fecha de la acción mas reciente: _____
9C. Si la fecha mas reciente del alegado discrimen aconteció hace mas de 180 días, por favor explique porque usted no radico su querella anteriormente.

10. Por favor indique abajo los nombres de otras personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores, u otros) que no haya nombrado anteriormente y con quien podamos comunicarnos para buscar información relacionada con su querella. Añada mas paginas si necesita espacio adicional para proveer esta información.

Nombre de la Persona	Relación con el caso (testigo, compañero, etc.)	Hora para comunicarnos con la(s) persona(s)

Numero de teléfono(s) y/o correo electrónico(s) para comunicarnos con esta(s) persona(s)

11. Ha radicado alguna querella escrita con cualquier otra agencia, como la Comisión de Igualdad de Oportunidad en el Empleo o " Equal Employment Opportunity Commission (EEOC)", sobre las mismas acciones que describe en esta hoja de información de querella? Si es así, por favor conteste estas preguntas, lo mejor que puede, sobre cada una de las agencias, departamento, organización, o negocio donde usted haya radicado su querella (utilizando paginas adicionales de ser necesario):

11A. Donde y cuando radico su primera querella? Fecha en que radico _____

Oficina de la Agencia, Departamento, Organización o Negocio	Numero de Telefono(s)	Direccion correo elecronico

Correo o Dirección de su calle	Cuidad	Estado	Codigo Postal

Nombre e información de la personal que esta trabajando en su caso, si lo sabe.

11B. Le ha dado una decisión final sobre querella el lugar donde radico por escrito su primera querella? ☐ Si ☐ No

11C. De ser así, Cual fuel la fecha de la decisión final? _____ Fue esta una decisión escrita? ☐ Si ☐ No

Incluya copia de Decisiones Escritas, Desestimación, Derecho a Demandar, con esta querella.

12. Que remedio (reparación) está solicitando?

***13. Por favor, escriba su firma y la fecha en el espacio apropiado en esta forma abajo. El Benton Franklin Workforce Development Council no puede aceptar esta querella para investigación si la forma de Información de Querella no se a firmando.**

Firma de Querellante	**Fecha**
Firma del Representate del Querellante	**Fecha**

Por favor envie por correo, correo electrónico o facsímil a”

Correo: EO Officer
Benton Franklin Workforce Development Council
815 N Kellogg Street, Suite C
Kennewick, WA 99336

Facs: (509) 734-5999

Correo-e: Sduran@bf-wdc.org

Es voluntario dar esta información; sin embargo, debe responder a las preguntas y solicitud de información que tengan un asterisco (*) al lado, de manera que El Benton Franklin Workforce Development Council pueda aceptar su querella de discrimen. El Benton Franklin Workforce Development Council utiliza la información para procesar su querella, y cuando es apropiado para investigar su querella. El tiempo promedio para completar esta forma es de 15 minutos por respuesta. Envié comentarios con relación al tiempo estimado para responder a las preguntas o cualquier otro aspecto de esta recopilación de información a, EO Officer, 815 N Kellogg Street, Suite C, and Kennewick WA 99336.