

FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO

Texas Workforce Commission Civil Rights Division

Por favor, envíe este formulario por:

Correo: 101 East 15th Street, Guadalupe CRD, Austin, TX 78778-0001

Email: EEOIntake@twc.state.tx.us

Teléfono: (888) 452-4778 o

Fax: (512) 463-2643 o (512) 463-2755

TWCCRD# _____

EEOC# _____

Por favor indique si usted ha presentado previamente esta queja con alguna de las agencias de abajo:

- Texas Workforce Commission Civil Rights Division (TWCCRD)
 Equal Employment Opportunity Commission (EEOC)
 City of Austin Equal Employment and Fair Housing Office
 Corpus Christi Human Relations Division
 Fort Worth Human Relations Department

FECHA DE RECEPCIÓN (Sólo para uso de la oficina):

**Por favor, asegúrese de proporcionar toda la información solicitada.
 Para llamadas de Asistencia, (888) 452-4778**

Nombre Completo del Demandante:**Representante del Demandante (Opcional):** *(Si usted está representado por un abogado, por favor haga que presente una carta de representación):***Dirección Línea 1:****Dirección Línea 1:****Dirección Línea 2:****Dirección Línea 2:****Ciudad / Estado / Código Postal:****Ciudad / Estado / Código Postal:****Teléfono de la casa #:****Teléfono #:****Otro teléfono #:****Fax #:****Email:****Fecha de contratación:****Puesto que ocupa:**¿Aún empleado? Sí No**Nombre del empleador** *(Por favor, asegúrese de dar el nombre de la empresa y la dirección completa donde usted trabajó físicamente)***Funcionario de Recursos Humanos / EEO / o funcionario de mayor jerarquía en el lugar de trabajo:****Dirección Línea 1:****Dirección Línea 1:****Dirección Línea 2:****Dirección Línea 2:****Ciudad / Estado / Código Postal:****Ciudad / Estado / Código Postal:****Teléfono #:****Teléfono #:****15 o más empleados:** Sí No**Fax #:**

BASE: *Creo que he sido discriminado en violación de la ley estatal (Código de Tejas del Trabajo, Capítulo 21) y la ley federal (ADEA, Título VII, GINA, ADA), de la siguiente manera:*

Por favor, marque sólo la base por la cual está presentando su queja.

EJEMPLO: Si el trato fue debido a su raza, a continuación, marque sólo la casilla de su raza.

<input type="checkbox"/> Edad (<i>Usted debe tener 40 años de edad o más para calificar</i>): Fecha de nacimiento: _____ Mes / día / año Edad en la fecha del incidente: _____	<input type="checkbox"/> Raza: <input type="checkbox"/> Indoamericano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Origen Nacional: <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Anglo / caucásico <input type="checkbox"/> Indio Oriental <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Femenino/Embarazo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> GINA (Ley de no discriminación por Información Genética)
<input type="checkbox"/> Religión: <input type="checkbox"/> Bautista <input type="checkbox"/> Católico <input type="checkbox"/> Judío <input type="checkbox"/> Musulmán <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Color (<i>Sobre la base de color de la piel</i>): <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Moreno <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Discapacidad: <input type="checkbox"/> Discapacitado <input type="checkbox"/> Historia de una discapacidad <input type="checkbox"/> Considerado como discapacitado <i>(El embarazo no es una discapacidad a menos que se le considere como discapacitada.)</i>	

Daños o acciones del empleador (*Marque todos los que apliquen*)

<input type="checkbox"/> Descenso (D1) <input type="checkbox"/> Despido (D2) <input type="checkbox"/> Disciplina (D3) <input type="checkbox"/> Hostigamiento (H1) <input type="checkbox"/> Contratación (H2)	<input type="checkbox"/> Descanso (layoff) (L1) <input type="checkbox"/> Promoción (P3) <input type="checkbox"/> Acomodo Razonable (R6) <input type="checkbox"/> Compensación por despido (B5) <input type="checkbox"/> Acoso Sexual (S4)	<input type="checkbox"/> Suspensión (S5) <input type="checkbox"/> Términos y condiciones (T2) <input type="checkbox"/> Entrenamiento (T4) <input type="checkbox"/> Salario (W1) <input type="checkbox"/> Otro:
--	---	--

DATE(S) DISCRIMINATION TOOK PLACE (*Mes/Día/ Año*)

Primero (*Mes/Día/ Año*)

Final (*Mes/Día/ Año*)

ACCIÓN CONTINUADA

Las siguientes preguntas son sobre los daños o acciones tomadas en contra de usted.
(Cada incidente debe estar dentro de los 180 días anteriores a la fecha que presente su queja a la TWCCRD.)

¿Qué está buscando como una solución a su caso?

¿Cuál es el método más conveniente para comunicarse con usted?:

Email:

Teléfono: ()

El envío de este formulario de queja NO representa la presentación de un cargo formal de discriminación.