



Formulario de Denuncia de Discriminación

El propósito de este formulario es ayudarlo(a) en la presentación de una denuncia ante la Oficina de Recursos Humanos de RRCS. No es necesario que utilice este formulario; es suficiente una carta que contenga la misma información. Sin embargo, se debe proporcionar la información que se solicita en las secciones marcadas con un asterisco (*), utilice o no este formulario.

1.* Escriba su nombre y dirección.

Nombre: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Teléfono: Casa: (____)_____ Trabajo o celular: (____)_____

2.* Persona(s) discriminada(s), si no es usted:

Nombre: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Teléfono: Casa: (____)_____ Trabajo o celular: (____)_____

Explique su relación con esta(s) persona(s): _____

3.* Individuo, departamento o programa causante de la discriminación:

Nombre: _____

Dirección: _____

Código postal: _____

Teléfono: _____

4A.* Denuncia no relacionada con empleo: ¿Su denuncia es por discriminación en la prestación de servicios o por otras acciones discriminatorias por parte de un individuo, departamento o programa en relación con el trato hacia usted u otras personas? _____

Si es así, indique a continuación la(s) razón(es) por la(s) que considera que se tomaron estas acciones discriminatorias.

_____ Raza / origen étnico: _____

_____ Origen nacional: _____

_____ Sexo: _____

_____ Religión: _____

_____ Edad: _____

_____ Discapacidad: _____

_____ Otro: _____

4B.* Empleo: ¿Su denuncia es por discriminación en el empleo por parte de la agencia? Si es así, indique a continuación la(s) razón(es) por la(s) que considera que se tomaron estas acciones discriminatorias.

_____ Raza / origen étnico: _____
_____ Origen nacional: _____
_____ Sexo: _____
_____ Religión: _____
_____ Edad: _____
_____ Discapacidad: _____
_____ Otro: _____

5. ¿Cuál es la hora y el lugar más conveniente para que nos pongamos en contacto con usted en relación con esta denuncia?

6. Si no podemos ponernos en contacto con usted directamente, posiblemente quiera darnos el nombre y número de teléfono de una persona que nos pueda indicar cómo hacerlo y/o proporcionar información sobre su denuncia:

Nombre: _____
Teléfono: Casa: (_____) _____ Trabajo o celular: (_____) _____

7. Si tiene un abogado que lo representa para los asuntos planteados en esta denuncia, proporcione los siguientes datos:

Nombre: _____
Dirección: _____

Código postal: _____
Teléfono: Casa: (_____) _____ Trabajo o celular: (_____) _____

8.* Si lo recuerda, ¿cuándo ocurrió la presunta discriminación?

Fecha del primer incidente de discriminación: _____
Fecha del incidente de discriminación más reciente: _____

9. Las denuncias por discriminación deben presentarse, por lo general, en un periodo de 180 días a partir de la presunta discriminación. Si el incidente de discriminación más reciente, que se menciona anteriormente, ocurrió hace más de 180 días, puede solicitar una exención de la solicitud de presentación. Si desea solicitar dicha exención, explique la razón por la que esperó hasta ahora para presentar su denuncia. _____

12. Por favor indique abajo las personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) que podemos contactar para obtener información adicional para apoyar o aclarar su denuncia.

Nombre	Dirección	Código de área /teléfono
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

13. ¿Tiene alguna información adicional que considere pertinente para nuestra investigación sobre su(s) denuncia(s)? _____

14. ¿Qué solución busca por la presunta discriminación? _____

15. ¿Ha presentado o tiene la intención de presentar un cargo o una denuncia con respecto a los asuntos planteados en este caso, con alguna de las siguientes autoridades?

_____ Comisión para la Igualdad de Oportunidades de Empleo de EE. UU.
_____ Tribunal federal o estatal
_____ Comisión estatal o local sobre relaciones / derechos humanos
_____ Oficina de quejas
_____ Otra agencia

16. Si ha presentado un cargo o una denuncia ante una de las agencias indicadas en el punto 15, proporcione la siguiente información (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Agencia: _____
Fecha Presentada: _____
Número de caso o expediente: _____
Fecha de juicio / audiencia: _____

Dirección de la agencia /tribunal: _____
Nombre del investigador: _____
Estado del caso: _____
Comentarios: _____

17.* No podemos aceptar una denuncia que no esté firmada. Por favor firme y ponga la fecha a este Formulario de Denuncia de Discriminación.

(Firma)

(Fecha)

Por favor, no dude en agregar hojas adicionales para explicarnos la situación actual. Necesitaremos su consentimiento para divulgar su nombre, si fuera necesario, en el transcurso de cualquier investigación. Por lo tanto, necesitaremos que usted firme un Formulario de Consentimiento. (Si está presentando esta denuncia en nombre de una persona que usted alega ha sido discriminada, necesitaremos el formulario de consentimiento firmado por esa persona.) Por favor llene, firme y envíe por correo el Formulario de Denuncia de Discriminación y el Formulario de Consentimiento firmado a la siguiente dirección. (Por favor haga una copia de cada uno de estos documentos para sus archivos.)

Gerente de Recursos Humanos
Rappahannock Rapidan Community Services
15361 Bradford Road
P.O. Box 1568
Culpeper, VA 22701
(540) 825-3100

18. ¿Cómo supo que podía presentar esta denuncia? _____

