



SOLICITUD FORMAL DE NOTIFICACIÓN Y REGISTRO DE RECLAMOS REFERENTES A NO DISCRIMINACIÓN

La Sección 188 del Acta de Ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral (WIOA) y la póliza de Normas y número 14-01 de la Condado de Riverside/División de Desarrollo de la Fuerza Laboral, en inglés "Riverside County WDD and número 14-01, requiere que exista una póliza y procedimiento para registrar y resolver reclamos y disputas por violación de las reglas de No Discriminación o de Igualdad de Oportunidad, y dicha forma está a su disposición cuando la pida. **En caso de que una persona tenga la intención de registrar una queja reclamando la violación a las reglas de No Discriminación y de Igualdad de Oportunidad, la solicitud adjunta deberá ser llenada y sometida a cualquiera de las siguientes oficinas:**

Oficial de Igualdad de Oportunidad de la División de Desarrollo de la Fuerza Laboral del Condado de Riverside, en inglés, "The Riverside County WDD Equal Opportunity Officer" o el Director del Centro de Derechos Civiles, en inglés "Director of the Civil Rights Center"
U. S. Department of Labor
200 Constitution Avenue, N.W., Room N-4123
Washington, D.S. 20210

Tanto el reclamante, como el acusado, tienen derecho a ser representados por un abogado o cualquier otro individuo que seleccionen. Este derecho no requiere que la agencia del Condado de Riverside/WDD designe a tal abogado o a la persona que los representaría. En caso de que requieran asistencia para llenar esta solicitud, o si necesita información adicional concerniente a la póliza y procedimiento de No Discriminación e Igualdad de Oportunidad, por favor contacte a:

Leslie Trainor
Equal Opportunity Officer
1325 Spruce Street, Suite 110
Riverside, CA 92507
Telephone: 951.955.6615
FAX: 951.955.3310
TDD/TTY: 951.955.3744
Email: Ltrainor@rivco.org

Una queja de este tipo **debe ser registrada en un período de no más de 180 días** después de haber ocurrido el supuesto hecho. Este documento también puede ser registrado en nombre suyo por una persona que lo represente. Por favor complete cada una de las líneas en la solicitud adjunta. Si necesita más espacio para explicar o describir el problema, por favor añada las hojas necesarias.

SOLICITUD DE RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN

COMUNIDADES DE CENTROS DE DESARROLLO DE LA FUERZA LABORAL

Ésta solicitud debe ser completada por cualquier persona que quiera presentar una queja de discriminación contra otra persona(s)/entidad que discrimine contra la misma, dentro de la comunidad del sistema de Centros de Desarrollo de la Fuerza Laboral. Para registrar una queja de discriminación, llene esta solicitud, fírmela en la página 4, y entréguela al Oficial de Igualdad de Oportunidad del Centro de Servicios Múltiple de Empleo, en inglés “One Stop Career Center”, o al encargado de reclamos de la oficina local del Departamento de Desarrollo de Empleo “EDD”, a la dirección indicada en la pagina 1.

1. Información del Reclamante:

Srta. Sra. Sr. Otro

No. Teléfono de casa: () -

No. Teléfono del trabajo: () -

Nombre _____ Celular : () -

Dirección: _____

Ciudad: _____ E-mail: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

2. Información para contactar al Reclamante:

¿Cuándo sería conveniente, dentro de horas hábiles (8am a 5pm) contactarlo por teléfono referente a ésta queja?

Día	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes
Hora					
Tel.#					

3. Información de la persona(s) a las cuales acusa de haber discriminado contra usted.

Nombre de la entidad para la cual trabaja la persona(s)

Nombre de la persona(s) que discriminaron contra usted:

Dirección de la persona(s)/entidad:

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____

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

4. Relátenos el incidente(s):

- Explique brevemente qué pasó y cómo fue que lo discriminaron.
- Díganos las fechas en que ocurrieron los incidentes.
- Indique quién discriminó contra usted. Incluya nombres y títulos si es posible.
- Si hubo personas que recibieron un trato diferente al que recibió usted, díganos cómo fue el trato que estas personas recibieron diferente al suyo.
- Añada cualquier documento(s) que usted piense nos ayudaría a entender mejor su queja.

5. Por favor escriba abajo, el nombre de la persona(s) (testigos) que podríamos contactar para obtener información adicional que ayudaría a sustentar o clarificar su queja.

Nombre	Dirección	Teléfono

6. Bases de la discriminación:

- Marque la clase de discriminación que experimentó, tal como edad, raza, color, nación de origen, incapacidad, etc.
- Si usted cree que ha sido discriminado por más de una razón, puede entonces marcar más de una casilla:

<input type="checkbox"/> Edad- <i>fecha de nacimiento</i> :	<input type="checkbox"/> Ciudadanía o status de extranjero trabajando en Estados Unidos
<input type="checkbox"/> Color de piel	<input type="checkbox"/> Incapacidad
<input type="checkbox"/> Nación de origen(incluyendo la habilidad limitada del ingles)	<input type="checkbox"/> Afiliación Política o creencia
<input type="checkbox"/> El Acoso	<input type="checkbox"/> Religión
<input type="checkbox"/> Represalias	<input type="checkbox"/> Sexo (incluyendo el embarazo, parto y condiciones médicas relacionadas, estereotipo del sexo, estado transgénero, y la Identidad de género)
<input type="checkbox"/> Género – <i>Especifique</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Status como participante de un programa patrocinado por el Acto de Ley de Innovación y Oportunidad en la Fuerza Laboral, en inglés, Workforce Innovation and Opportunity Act (WIOA).
<input type="checkbox"/> Raza- <i>Indique la raza</i> :	<input type="checkbox"/> Otro

7. ¿En el pasado, ha registrado usted alguna queja contra esta persona(s)/entidad? **Sí** **No**
Si su respuesta es **Sí**, conteste la pregunta de abajo, si su respuesta es **No**, sáltese a la sección 8.

a. ¿Presentó su queja por escrito? **Sí** **No**

b. ¿En qué fecha presentó su queja?

c. Nombre la oficina en la cual presentó su

queja: Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

No. de Teléfono: () - _____

Nombre de su contacto (si lo sabe): _____

d. ¿Le han entregado un reporte o decisión final? **Sí** **No**

Si marcó "SI", por favor adjunte una copia de su queja.

8. ¿Qué acción correctiva o remedio está buscando usted? Por favor explique:

Empty box for explaining corrective action or remedy.

9. Escogiendo un representante personal.

- Usted puede escoger una persona que lo represente en relación a esta queja. Esta persona puede ser un familiar, un amigo, un miembro de la Unión de Trabajadores, un abogado u otra persona.
- Si usted prefiere tener un representante, toda la comunicación que tengamos que hacer con usted, la haremos a través de su representante.

¿Desea autorizar un representante personal para tratar este asunto? **Sí** **No**

Si contestó Sí, complete la sección que sigue. Si contestó **No**, salte a la sección 10.

AUTORIZACIÓN PARA TENER UN REPRESENTANTE PERSONAL

Deseo autorizar al individuo identificado abajo para que actúe como mi representante personal en lo que se refiere a mediación, conferencias de resolución, o investigaciones relacionadas con esta queja.

Nombre: _____

Soy un abogado representando al reclamante. Soy el representante del reclamante y no soy abogado.

Dirección Postal: _____

Ciudad _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: () - _____ Fax: () - _____

E-mail: () - _____

10. Resolución Alternativa a las Disputas (ADR), también conocida como Mediaciones.

Nota: Usted tiene que informarnos si desea usar mediación para resolver su caso. La oficina local del EOO no puede comenzar a procesar su queja hasta que haya hecho una elección. Por favor marque **Sí ó No** en los

espacios de abajo.

- *La mediación es una opción alternativa a la investigación de su queja.*
- *Ninguna de las dos partes pierde nada cuando utilizan mediación.*
- *Las partes mediadoras, revisan los hechos, discuten sus opiniones acerca de los hechos, y se esfuerzan por alcanzar un acuerdo que sea satisfactorio para las dos partes.*
 - Acceder a usar mediación no es una admisión de culpabilidad por parte de la persona (s)/entidad a la cual usted culpó de haber estado discriminando contra usted.
 - La mediación es conducida por un mediador imparcial entrenado y calificado.
 - Usted (o su Representante Personal) tiene el control para negociar un acuerdo satisfactorio.
 - **Los términos del acuerdo son firmados por el reclamante y la persona(s)/entidad que usted señaló como la parte que discriminó contra usted.**
 - **Los acuerdos obligan legalmente a las dos partes.**
 - Si no se llega a un acuerdo, se comenzaría una investigación formal.
 - Si no se cumplen los términos del acuerdo, se llevaría a cabo una investigación formal.
 - Se abriría una investigación formal si se llegara a reportar una represalia.
- *¿Desearía usted usar la mediación para resolver su queja?
(Por favor seleccione solo una casilla)*

Sí, deseo usar mediación.

No, por favor investigue.

Si selecciona “Sí”, nos pondremos en contacto con usted dentro de 5 días hábiles para darle más información.

11. Firma del Reclamante:

¡Para que su queja sea procesada, usted tiene que firmar esta forma!

- Las quejas serán registradas en nuestro sistema ya sea que las haya enviado vía Fax o electrónicamente. Sin embargo, una investigación oficial no comenzaría hasta recibir el documento original firmado.
- Al firmar este formulario, usted está declarando bajo pena de perjurio que la información incluida es verdadera y correcta al mejor de su conocimiento o creencia

Firma:

Fecha: