

# FORMULARIO DE QUEJA DE LA COMISIÓN DE DERECHOS CIVILES DE IOWA

Queja de Discriminación según el Código de Iowa Capítulo 216, "La Ley de Derechos Civiles de Iowa de 1965"

**Atención:** Se manda una copia de esta queja a la entidad demandada.

(PARA EL USO DE LA AGENCIA SOLAMENTE)

ICRC CP#: \_\_\_\_\_

Iowa Civil Rights Commission

Local Commission# \_\_\_\_\_

400 East 14<sup>th</sup> Street

EEOC# \_\_\_\_\_

Des Moines, IA 50319-1004

515-281-4121 / 800-457-4416 / Fax: 515-242-5840 / <http://www.state.ia.us/government/crc>

Nota: Por favor escriba a máquina ó con letra de molde

1. ¿Que es su nombre legal? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su dirección de correos? \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

3. Número de teléfono: \_\_\_\_\_ (Incluye el Código)

4. ¿Su fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_ Su Sexo? \_\_\_\_\_

Su Raza: \_\_\_\_\_ Origen nacional (Su lugar de nacimiento o ascendencia): \_\_\_\_\_

5. Marque la razón por la discriminación. (Discriminaron contra mí debido a mi...)

## RAZA

Negro  Blanco  Asiático  Nativo americanos

Otro (por favor identifique): \_\_\_\_\_

## ORIGEN NACIONAL

Hispano  Mexicano  Indio Oriental

Árabe / Afgano / Oriente Medio

Otro (Por favor identifique): \_\_\_\_\_

## SEXO

Femenino  Masculino

## ORIENTACIÓN SEXUAL

## IDENTIDAD DE GÉNERO

## ESTADO DE EMBARAZO

## RELIGION / CREDO

Por favor identifique:

## COLOR

Tez clara  Tez morena

## DISCAPACIDAD

Física  Mental

## EDAD

## ESTADO FAMILIAR

Presencia de niños

## ESTADO CIVIL

## REPRESALIA

Porque presente una queja de derechos civiles anterior, opuse una actividad discriminatoria o participe como testigo en un asunto de discriminación.

6. Por favor marque el área en la cual la discriminación ocurrió.

Empleo

Servicios Públicos

Vivienda

Educación

Crédito

Represalia

7. Por favor marque la **ACCION** que el demandado tomó contra usted. (Marque todos los que apliqué)

Democión

Fallar a entrenar

Negar acomodo/modificación

Forzar a dejar el trabajo/jubilación

Negar Beneficios

Hostigamiento

Negar Servicios Financieros

Despido

Negar Servicios

Recorte de Horas/ Sueldo

Disciplina/Suspensión

Hostigamiento Sexual

Desalojo

Despedido

Fallar a Contratar

Tratado Diferente

Fallar a Promocionar

Asignación/Traslado Indeseable

Fallar a Alquilar

Desigualdad de Sueldo

Recorte de trabajadores/Fallar a Llamar para Regresar

Otro: \_\_\_\_\_

8. ¿Que es el Nombre Legal de la **organización** que discriminó contra usted?

[Esta entidad será acusada de discriminación y se le manda una copia de la queja.]

¿Cuál es la dirección postal de esta organización?

Ciudad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ # Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

9. Si la entidad que usted nombro en el número 8 tiene otro dueño o propietario, escriba el nombre legal.  
[Esta entidad también será acusada de discriminación y se le manda una copia de la queja.]

¿Cuál es la dirección postal de esta organización?

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

10. ¿Donde sucedió la discriminación?

Cuidad: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

11. ¿Qué hace esta organización? ¿Que servicios proporciona esta organización?

\_\_\_\_\_

12. Si la Área es en Empleo, escriba el número aproximado de todos los empleados que tiene esa compañía en todas sus localidades a escala nacional (**Se requiere**): \_\_\_\_\_

4-14       15-19       20-100       101-200       201-500       500+

13. ¿Ha presentado usted esta queja con otra agencia antidiscriminatoria federal, estatal, o local? \_\_ Sí \_\_ No

Si la respuesta es "Si", ¿con cual agencia? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

14. ¿Si usted está alegando hostigamiento, quien le hostigó?

[Esta persona será acusada con discriminación y se le da una copia de su queja.]

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Dirección Postal de Trabajo o Casa: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Dirección Postal de Trabajo o Casa: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Dirección Postal de Trabajo o Casa: \_\_\_\_\_

15. ¿Que fue la fecha del incidente discriminatorio más reciente? (mes, día, año)

\_\_\_\_\_

16. Si la Área es en el Empleo, ¿en que fecha le emplearon o aplicó Usted?

\_\_\_\_\_ (mes, día, año)

¿Sigue ser empleado (a) de esta organización enumerada en #8?  Sí  No

Si la repuesta es "No", ¿cuando fue que su empleo se terminó? \_\_\_\_\_ (mes, día, año)

Si la repuesta es "No", ¿cómo se terminó su empleo?  Despedido (a)  Dejó/Renunció

**17. RESUMEN BREVE DE LAS ALEGACIONES.**

Por favor, escriba los detalles de porque usted siente que su base/bases es/son factor(es) en como Usted fue tratado. Por favor, asegure de describir cada acción que usted marcó en la pregunta #7. (POR FAVOR no identifique ninguna gente quien puede ser testigos en soporte de su queja.) ***(Por favor, lea las instrucciones antes de escribir su resumen breve.)***

Yo certifico bajo pena de perjurio y acuerdo a las leyes del Estado de Iowa y de las leyes de los Estados Unidos de América que la queja que precede es correcta y verdadera.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Demandante

\_\_\_\_\_  
Fecha

- Nombre del especialista: Larry      Teléfono: **1-800-457-4416**; extensión 91-4430 o 515-281-4430
- Nombre del especialista: Kerry      Teléfono: **1-800-457-4416**; extensión 91-4437 o 515-281-4437