



Comisión de Empleo de Virginia (VEC)  
Servicios de Manejo de Recursos Humanos  
P.O. Box 1358, Room 101  
Richmond, VA 23218  
(804)786-3466/ (804)371-2814 FAX  
VRC: 711

## Formulario de queja por discriminación de igualdad de oportunidades

Lea el formulario cuidadosamente. **Escriba con letra de molde o a máquina sus respuestas.** Responda cada pregunta lo más completamente posible. Si no puede incluir toda su respuesta en el espacio de este formulario, puede agregar más páginas. Si no sabe la respuesta a una pregunta, ponga "desconocido" en el espacio para la respuesta. Si la pregunta no se aplica a su caso, ponga "n/a".

1. ¿Es usted un demandante (cliente de VEC) o un representante del demandante? Marque la casilla correcta.

Marque la casilla correcta     Demandante     Representante

2. Indique su nombre y otra información que le solicitamos en las líneas a continuación. Si usted es un representante, proporcione el nombre del demandante y la información de contacto en esta sección, y su propio nombre e información de contacto en la sección 3.

---

Nombre del demandante

---

Dirección

---

Ciudad

Estado

Código postal

---

Número(s) de teléfono donde podemos comunicarnos con usted. (No dé su número de trabajo si no desea que lo llamemos allí).

---

Dirección de correo electrónico

Mejor hora para contactarle

3. Si usted es el representante del demandante, proporcione su nombre e información de contacto en esta sección y adjunte una carta u otro documento firmado por el demandante, autorizándolo a actuar como su representante.

---

Nombre del representante

Organización del representante (si corresponde)

---

Dirección

---

Ciudad

Estado

Código postal

---

Número de teléfono

Dirección de correo electrónico

Para el resto de las preguntas de este formulario, si está presentando esta queja en nombre de otra persona, "usted" significa esa persona (el demandante), no usted personalmente. Brinde las respuestas que el demandante daría si él o ella estuviera llenando los formularios.

4. Esta queja se trata de algo que le sucedió (marque la casilla correspondiente):

Solo a mí

A mí y otras personas

A otras personas, pero no a mí

5. Indique el nombre de la agencia, organización o empresa de la cual se queja. Si tiene información de contacto de la agencia, organización o empresa y/o si conoce el nombre de la(s) persona(s) que cree que le discriminaron, proporcione esa información también. Si necesita más espacio para dar toda la información, adjunte más páginas a este formulario.

---

Nombre de la División, Unidad, Oficina

Números telefónico(s)

---

Calle o dirección postal

Dirección de correo electrónico

---

Nombre de la persona que cree que le discriminó

Título del trabajo

6. ¿Qué programa estuvo involucrado en la discriminación de la que se queja? Si no conoce el nombre del programa y su queja no involucra a un *American Job Center* o un gobierno estatal o local, marque "No sé".

Ley de la Fuerza Laboral y/o Programa de la Ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral

Seguro de desempleo

*Employment Service* o *Job Service*

Programa de la Ley de Asistencia Comercial

Programa de Trabajadores Agrícolas Migrantes y Estacionales

Servicios de Veteranos

RESEA

Otro (¿qué programa?) \_\_\_\_\_

No sé

7. ¿Cuál cree que fue la base (razón) de la supuesta discriminación? Marque las casillas junto a todas las bases (razones) que cree que estuvieron involucradas en la discriminación, y responda cualquier otra pregunta que vaya junto a esa casilla.

**Debido a mi origen nacional** (Responda las preguntas a continuación).

¿Es hispano o latino?  Sí  No

¿Cuál es su origen nacional (*el país del que provienen sus padres, abuelos o antepasados*)?

---

Debido a mi dominio limitado del inglés (*¿Con cuál idioma se siente más cómodo comunicándose? Por ejemplo, español, croata, camboyano*) \_\_\_\_\_

**Debido a mi raza** (Responda las preguntas a continuación)

¿Cuál es su raza? Marque todos los que correspondan.

Blanco o caucásico

Negro o afroamericano

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico

Asiático

Otro \_\_\_\_\_

**Debido a mi sexo** (¿Cuál es su sexo? \_\_\_\_\_)

**Debido a mi embarazo**

**Acoso sexual**

**Debido a mi orientación sexual** (¿Cuál es su orientación sexual?) \_\_\_\_\_)

**Debido a mi identidad de género** (¿Cuál es su identidad de género?) \_\_\_\_\_)

**Acoso sexual**

**Debido a mi color** (¿Cuál es su color? \_\_\_\_\_)

**Debido a mi religión** (¿Cuál es su religión? \_\_\_\_\_)

**Debido a mi edad** (¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_)

**Estatus de veterano**

**Debido a mi afiliación política o creencia política** (¿Cuál es su afiliación política o creencia política? \_\_\_\_\_)

**Debido a mi discapacidad** (Marque una de las siguientes tres casillas).

Tengo una discapacidad (que puede estar activa o inactiva en este momento).

(¿Cuál es su discapacidad? \_\_\_\_\_)

Tengo un historial de discapacidad. (¿Cuál era su discapacidad anterior? \_\_\_\_\_)

No tengo una discapacidad, pero la agencia me trata como si estuviera discapacitado.

Debido a mi ciudadanía (¿Cuál es su ciudadanía? \_\_\_\_\_)

Debido a mi participación en un programa que recibe asistencia financiera federal (Nombre el programa: \_\_\_\_\_)

Tomaron represalias contra mí (Represalias) porque me quejé por discriminación, o porque di una declaración o estuve involucrado de alguna otra manera con la queja de discriminación de otra persona.

Proporcione detalles \_\_\_\_\_

8. Para cada una de las bases (razones de discriminación) que marcó arriba, explique qué sucedió, cómo se sintió perjudicado usted (u otra persona) por lo que sucedió, y cómo o por qué cree que lo que sucedió fue debido a la razón o base que usted marcó. Por ejemplo, si marcó "*Debido a mi raza*", enumere los hechos que cree que explican **cómo o por qué cree que lo sucedido fue debido a la raza de las personas que resultaron afectadas**.

Si otras personas o grupos fueron tratados de manera diferente a usted (o las otras personas que cree que fueron discriminadas), describa quién fue tratado de manera diferente, cómo fue diferente su tratamiento y cómo le perjudicó el tratamiento diferente a usted (o las otras personas que cree que fueron discriminadas). Sea específico y breve. Indique los nombres y la información de contacto de cualquiera de las personas involucradas, si puede.

Si su respuesta no cabe en el espacio a continuación, use más páginas de papel para finalizar su respuesta, y adjunte esas páginas a este formulario.

9. ¿En qué fecha se produjo la supuesta discriminación?

a. Fecha de la primera acción: \_\_\_\_\_

b. Fecha de la acción más reciente: \_\_\_\_\_

c. Si la fecha de la acción más reciente fue hace más de 180 días, explique por qué no presentó antes su queja.

10. Indique a continuación cualquier otra persona (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otras personas) que ya ha nombrado y con quién deberíamos comunicarnos para obtener información sobre su queja. Adjunte páginas adicionales si necesita más espacio para esta información.

---

Nombre de persona                      Relación con el caso (testigo, compañero de trabajo, etc.)      Mejor hora para contactar a esta persona

---

Número(s) de teléfono y/o dirección de correo electrónico donde podemos contactar a esta persona.

11. ¿Qué remedios está pidiendo?

---

12. Firme y coloque la fecha en este formulario en el espacio a continuación que corresponda a usted. También debe leer el aviso en la página siguiente titulado "Aviso de uso de información de investigación" y firmar y fechar el formulario de consentimiento.

---

Firma del demandante

---

Fecha

Envíe la queja por correo, correo electrónico o fax a:

Correo:     Shirley M. Bray-Sledge  
              Human Relations Manager  
              Virginia Employment Commission  
              703 East Main Street Room 101  
              Richmond, Virginia 23218

Fax:            (804)371-2814

VRC:           711

Correo electrónico:     [Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov](mailto:Shirley.bray-sledge@vec.virginia.gov)

**Enviar formulario por correo electrónico**

**Imprimir formulario**