



FORMULARIO DE DENUNCIA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Este formulario es para usarse para las denuncias contra el Departamento del Trabajo y Relaciones Industriales de Missouri (DOLIR en inglés) o sus empleados en la prestación de servicios al público.

Este formulario **no** es para usarse para las denuncias contra la Comisión de Derechos Humanos de Missouri (MCHR en inglés) bajo la Ley de Derechos Humanos de Missouri (MHRA en inglés). Para información acerca de MCHR y MHRA, visite labor.mo.gov/discrimination.

INFORMACIÓN SOBRE LA DENUNCIA <i>(Escriba en letra de molde)</i>					
Nombre		Apellido		Número de Seguro Social <i>(voluntario)</i>	
Dirección		Teléfono de la casa <i>(incluya código de área)</i>		Otro teléfono <i>(incluya código de área)</i>	
Ciudad		Estado		Código postal	
Dirección de correo electrónico					
¿Cuál es el mejor momento y lugar para que nos comuniquemos con usted sobre esta denuncia? <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.					
De acuerdo a lo que usted recuerda, ¿en qué fecha(s) ocurrió la discriminación?		Fecha del primer incidente		Fecha del incidente más reciente	
Base de la denuncia: Cuál de los siguientes motivos describe mejor por qué usted cree que fue discriminado. <i>(Marque TODO lo que corresponda).</i>					
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Represalias	<input type="checkbox"/> Información genética		
<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Origen nacional	<input type="checkbox"/> Militar/Veterano		
<input type="checkbox"/> Ascendencia	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Edad: Fecha de nacimiento: _____			
<input type="checkbox"/> Sexo (incluyendo orientación sexual e identidad de género): <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					
Explique con la mayor brevedad y claridad posible qué ocurrió y cómo fue discriminado por el DOLIR. Por favor, indique el nombre del empleado del DOLIR o describa dónde trabaja el empleado (en la medida de sus posibilidades) que usted considera que ha violado sus derechos civiles. Indique quién estuvo involucrado. Adjunte cualquier material escrito relacionado con su caso. <i>(Adjunte una hoja separada si es necesario).</i>					

¿Qué otra información (si la hay) cree que es relevante para nuestra investigación? <i>(Adjunte una hoja separada si es necesario).</i>		
¿Qué recursos solicita? <i>(Adjunte una hoja separada si es necesario).</i>		
Indique abajo cualquier persona (testigos, compañeros de trabajo, supervisores y demás) con quienes nos podamos comunicar para obtener información adicional que apoye o aclare su denuncia: <i>(Adjunte una hoja separada si es necesario).</i>		
Nombre	Dirección	Núm. de teléfono (código de área)
¿Usted tiene abogado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Nombre del abogado	Dirección del abogado	Número de teléfono del abogado (código de área)
¿Ha presentado un caso o denuncia con alguno de los siguientes? Para cada uno marcado a la derecha, brinde la siguiente información: <i>(Adjunte una hoja separada si marca más de uno).</i>		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de los EE. UU. (EEOC en inglés) <input type="checkbox"/> Comisión de Derechos Humanos de Missouri (MCHR en inglés) <input type="checkbox"/> División de Derechos Civiles, Departamento de Justicia de los EE. UU. <input type="checkbox"/> Centro de Derechos Civiles, Departamento del Trabajo de los EE. UU. (CRC en inglés) </div> </div>		
Agencia	Fecha que se presentó	Número de caso o expediente
Ubicación de la agencia o tribunal		Fecha del juicio o vista
Nombre del investigador	Estatus del caso	
Comentarios		
¿Le han notificado una decisión final a nivel federal relacionada con su denuncia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
(La denuncia NO tiene validez si no está firmada): Tome en cuenta por favor: Si usted opta por presentar su denuncia ante el DOLIR, deberá esperar hasta que el DOLIR emita una decisión o hasta que hayan transcurrido 90 días, lo que ocurra primero, antes de presentar otra ante el U.S. Department of Labor, Civil Rights Center (CRC), 200 Constitution Avenue, NW, Room N-4123, Washington DC 20210. Si el DOLIR no le ha enviado una decisión por escrito en un plazo de 90 días de haber presentado la denuncia, no necesita esperar una decisión, sino que puede presentar una denuncia ante el CRC dentro de los 30 días de vencer el período de 90 días. Si usted no está satisfecho con la solución de su denuncia, puede presentar una denuncia ante el CRC. Dichas denuncias deben presentarse en un plazo de 30 días de la fecha en que usted reciba el aviso de la resolución.		
Firma		Fecha

Envíe el formulario completo a:

Sara Seaver, Recursos Humanos
 Departamento del Trabajo y Relaciones Industriales de Missouri
 P.O. Box 510
 Jefferson City, MO 65102-0510
 Teléfono: 573-751-1339
 Fax: 573-751-3668
 Correo electrónico: EO@labor.mo.gov

*El Departamento del Trabajo y Relaciones Industriales de Missouri es un programa/empleador que ofrece igualdad de oportunidades.
 TDD/TTY: 800-735-2966 Relay Missouri: 711*