



FORMULARIO PARA QUEJAS DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Solo para uso de la Oficina del Trabajo	
DCIF Recibida	Jurisdicción
Por: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fecha: _____	Caso Núm. _____

Este formulario se utilizará para quejas contra el Departamento del Trabajo y Relaciones Industriales de Missouri (DOLIR) o contra sus empleados al prestar servicios al público o para quejas de los empleados de DOLIR relacionadas con la administración, los supervisores u otros empleados de DOLIR.

Este formulario no se utilizará para presentar quejas ante la Comisión de Derechos Humanos de Missouri (MCHR) según la Ley de Derechos Humanos de Missouri (MHRA). Para obtener información relacionada con MCHR y MHRA, visite labor.mo.gov/discrimination.

INFORMACIÓN SOBRE LA DENUNCIA <i>(Escriba en letra de molde)</i>			
Nombre		Apellido	
Dirección		Número de seguro social <i>(voluntario)</i>	
Teléfono de casa <i>(incluir código de área)</i>		Otro teléfono <i>(Incluir 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"/> Represalia	<input type="checkbox"/> Política
<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Discapacidad	<input type="checkbox"/> Origen nacional	<input type="checkbox"/> Ciudadanía
Edad: Fecha de nacimiento: _____		Otro: _____	
<input type="checkbox"/> Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	_____		
Explique con la mayor brevedad y claridad posible qué ocurrió y cómo fue discriminado. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de incluir cómo otras personas fueron tratadas de una forma diferente a usted. Adjunte además cualquier material escrito que se relacione con su caso. <i>(Adjunte una hoja separada si es necesario).</i>			

Usted piensa que la discriminación en su contra estuvo relacionada con: <i>(Marque una)</i>			
<input type="checkbox"/> ¿Su empleador anterior?			
O			
<input type="checkbox"/> ¿Un empleado del Departamento del Trabajo que le proporcionó/no proporcionó servicios o beneficios?			
Si es así, ¿con cuáles de los siguientes está relacionado?			
<input type="checkbox"/> Apelación - Impuestos	<input type="checkbox"/> Beneficios pagados en exceso		
<input type="checkbox"/> Apelación - Impuestos interceptados	<input type="checkbox"/> Requisitos de informe		
<input type="checkbox"/> Apelación - Lotería interceptada	<input type="checkbox"/> Solicitud de información confidencial		
<input type="checkbox"/> Pago de beneficios	<input type="checkbox"/> Solicitud de reconsideración denegativa de beneficios		
<input type="checkbox"/> Cobro de beneficios pagados en exceso	<input type="checkbox"/> Preguntas sobre TAA/TRA		
<input type="checkbox"/> Cobros	<input type="checkbox"/> Preguntas sobre trabajo por cuenta propia/empleo		
<input type="checkbox"/> Contribución de auditores de campo	<input type="checkbox"/> Verificación del número de seguro social		
<input type="checkbox"/> Presentación de reclamación nueva/renovada/semanal	<input type="checkbox"/> Ajustes de salario en período base de reclamaciones		
<input type="checkbox"/> Investigación/resolución de separación del empleo o negativa de trabajo	<input type="checkbox"/> Exención de requisito de búsqueda de empleo si hay fecha de recontractación		
<input type="checkbox"/> Investigación/resolución de apto/disponible/educación	<input type="checkbox"/> Otro: _____		
<input type="checkbox"/> Otras investigaciones/resoluciones	_____		

¿Qué otra información (si la hubiera) usted cree que es importante para nuestra investigación? *(Adjunte una hoja separada si es necesario).*

Si esta denuncia se resuelve de manera satisfactoria para usted, ¿qué medidas correctivas espera? *(Adjunte una hoja separada si es necesario).*

Indique abajo cualquier persona (testigos, compañeros de trabajo, supervisores y demás) con quienes nos podamos comunicarnos para obtener información adicional que respalde o aclare su denuncia: *(Adjunte una hoja separada si es necesario).*

Nombre	Dirección	Núm. de teléfono (Código de área)

¿Usted tiene abogado? Sí No

Nombre del abogado	Dirección del abogado	Número de teléfono del abogado (Código de área)
--------------------	-----------------------	---

¿Ha presentado un caso o denuncia a alguno de los siguientes? Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de EE.UU. Comisión de Derechos Humanos de Missouri División de Derechos Civiles, Departamento de Justicia de EE.UU. División de Derechos Civiles, Departamento del Trabajo de EE.UU.

Para cada uno marcado a la derecha, brinde la siguiente información:
(Adjunte una hoja separada si marca más de uno).

Agencia	Fecha en 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? Sí No

(La denuncia no tiene validez si no está firmada): Nota: Si usted opta por presentar su denuncia ante el Departamento del Trabajo de DOLIR, deberá esperar hasta que el DOLIR emita una decisión o hasta que hayan transcurrido 90 días, lo que ocurra primero, antes de recurrir al Centro de Derechos Civiles del Departamento del Trabajo de los EE.UU. (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 queja ante el CRC dentro de los 30 días de vencer el período de 90 días. Si usted no está satisfecho con la resolución de su denuncia, puede presentar una queja ante el CRC. Dichas quejas 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 completado a:

Jennifer Terry, Equal Opportunity Officer
 Missouri Department of Labor & Industrial Relations
 P.O. Box 510
 Jefferson City, MO 65102-0510
 Teléfono: 573-751-1339
 Fax: 573-751-3668
 Email: EO@labor.mo.gov