

## DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

### FORMULARIO DE RECLAMACIÓN POR DISCRIMINACIÓN

NOMBRE	XXX-XX NO S.S. (Últimos cuatro dígitos)	TELÉFONO (Casa)	TELÉFONO (Trabajo/Móvil)
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

EMPRESA (División/Unidad), si corresponde: \_\_\_\_\_

1. PUESTO DE TRABAJO: \_\_\_\_\_
2. BASE DE LA PRESUNTA DISCRIMINACIÓN: Elija la/s opción/s adecuada/s.
- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Edad   | <input type="checkbox"/> Información genética                | <input type="checkbox"/> Orientación sexual   |
| <input type="checkbox"/> Historial de arrestos/tribunales                 | <input type="checkbox"/> Ausencia de la Guardia Nacional     | <input type="checkbox"/> Estatus de veterano  |
| <input type="checkbox"/> Lactancia materna                                | <input type="checkbox"/> Origen/Ancestros nacionales         | <input type="checkbox"/> Represalia por presentar una reclamación o participar en un proceso de reclamación |
| <input type="checkbox"/> Tarea de ayuda infantil                          | <input type="checkbox"/> Creencias políticas                 | <input type="checkbox"/> Acoso (con base)*  |
| <input type="checkbox"/> Ciudadanía                                       | <input type="checkbox"/> Raza o color                        |   |
| <input type="checkbox"/> Historial de créditos                            | <input type="checkbox"/> Religión                            |   |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad (física o mental)                   | <input type="checkbox"/> Estado de relación personal         | <i>*Debe indicar la base de clase protegida</i>   |
| <input type="checkbox"/> Estatus de víctima de violencia doméstica/sexual | <input type="checkbox"/> Sexo/Género (expresión o identidad) |   |

Explique brevemente qué ha hecho acerca de la presunta discriminación, si ha hecho algo. (Adjunte folios adicionales si necesita más espacio).

3. ¿Su reclamación está relacionada con una presunta discriminación en la oferta de servicios?  Sí  No
4. ¿Su reclamación está relacionada con una presunta discriminación en el empleo?  Sí  No
5. ¿La presunta discriminación le afecta a usted?  No  Sí, por quién: \_\_\_\_\_
6. Explique cómo y por qué cree usted que fue discriminado. Sea **ESPECÍFICO** e incluya nombres, fechas, testigos y lugares del/los incidente/s. (Adjunte folios adicionales si necesita más espacio).
7. ¿La presunta discriminación afecta a otros?  No  Sí. Enumere nombre/s, dirección y números de teléfono.
8. ¿Cuál es la fecha o periodo de tiempo específico de la presunta discriminación?
9. Indique la solución/remedio que solicita.
10. Notificaré al Department of Human Services, Personnel Office, Civil Rights Compliance Staff, P. O. Box 339, Honolulu, Hawaii 96809-0339, si cambio mi dirección o número de teléfono. Juro o afirme haber leído las afirmaciones anteriores y que son verdaderas a mi saber y creencia.

**CUMPLIMENTE, REVISE, FIRME, ESCRIBA LA FECHA Y DEVUELVA A LA DIRECCIÓN ANTERIOR.**

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_