

FORMULARIO DE RECLAMO

Este formulario debe ser utilizado por participantes que deseen presentar un reclamo de discriminación contra una persona o programa. Para ello, complete este formulario, firme en la página 3 y devuélvalo al Coordinador de Oportunidad Igualitaria o al Departamento de Garantía de Calidad.

Información personal		
Nombre	Teléfono (Día)	Teléfono alternativo
Domicilio		
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico		Área de servicio
Información sobre el reclamo		
<p><i>Por favor, en el espacio a continuación, cuéntenos qué ha sucedido. Incluya cuándo, dónde y quién estuvo involucrado. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.</i></p>		

Base de la discriminación

Marque el tipo de discriminación que ha experimentado, como edad, raza, color, país de procedencia, discapacidad, etc. Si cree que se trató de más de una razón, puede marcar más de una casilla.

<input type="checkbox"/> Edad - proporcione la fecha de nacimiento:	<input type="checkbox"/> Ciudadanía
<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Discapacidad
<input type="checkbox"/> País de procedencia (Incluido el dominio limitado del inglés)	<input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Acoso
<input type="checkbox"/> Represalias <input type="checkbox"/> Género - <i>Especifique</i> <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> Sexo (incluido el embarazo, parto, o condiciones médicas relacionadas, identidad de género, y estado de transgénero)
<input type="checkbox"/> Raza - indique la raza: <input type="checkbox"/> Afiliación política o creencia	<input type="checkbox"/> Estado como participante en virtud de la Ley de Oportunidad de Innovación de Personal (Workforce Innovation Opportunity Act) <input type="checkbox"/> Otro (Especifique):

¿Ha presentado anteriormente un reclamo contra esta(s) persona(s)/entidad? Sí No

Si **SÍ**, responda las preguntas a continuación. De lo contrario, pase a la sección siguiente.

¿Fue su reclamo por escrito?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿En qué fecha presentó el reclamo?		
Nombre de la oficina en la que presentó su reclamo:		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:	() -	
Persona de contacto (<i>si se conoce</i>):		
¿Le han dado una decisión o informe final?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si marcó "SÍ", sírvase adjuntar una copia del reclamo.		

¿Qué acción correctiva o remedio intenta obtener? Explique, por favor.

Resolución alternativa de discrepancias (Mediación)

Aviso—Debe indicar si desea mediar su caso. El Área Local del Área de Desarrollo de Personal no puede comenzar a procesar su reclamo hasta que haya realizado una selección. Por favor, marque **SÍ** o **NO** en los espacios abajo.

- La mediación es una alternativa a la investigación de su reclamo.
- Ninguna de las partes pierde nada por mediar.
- Las partes del reclamo revisan los hechos, hablan sobre las opiniones de los hechos y se esfuerzan por llegar a un acuerdo satisfactorio para ambas partes.
 - El acuerdo de mediación no es una admisión de culpabilidad por parte de la(s) persona(s) /entidad que a su juicio han discriminado contra usted.
 - La mediación es realizada por un mediador capacitado, calificado e imparcial.
 - Usted (o su Representante personal) tiene el control de negociar un acuerdo satisfactorio.
 - **Los términos del acuerdo son firmados por el demandante y el demandado y la(s) persona(s)/entidad que a su juicio han discriminado contra usted.**
 - **Los acuerdos son vinculantes legalmente para ambas partes.**
 - Si no se llega a un acuerdo, se iniciará una investigación formal.
 - El no llegar a un acuerdo resultará en una investigación formal.
 - Se abrirá una investigación formal si se reportan represalias.

▪ **¿Desea mediar su reclamo?**

(Por favor, marque solamente una casilla)

SÍ, deseo mediar.

NO, investiguen, por favor.

Si selecciona “SÍ”, se comunicarán con Ud. dentro de cinco días hábiles con más información.

Firma del denunciante

Su firma en este formulario iniciará el proceso de este reclamo. Mediante la firma de este formulario, está declarando bajo pena de perjurio que la información incluida es cierta y correcta a su mejor entender y creencia.

Firma:

Fecha: