Oficina de Relaciones Industriales del Gobernador
División de Investigaciones Antidiscriminación
Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@goer.ny.gov

Formulario de queja por discriminación de empleados del Estado de Nueva York

Instrucciones: Utilice este formulario para presentar una queja por discriminación en base a raza, color, nacionalidad, credo/religión, edad, discapacidad, condición militar, historial de arresto/condena penal, estado civil/familiar, predisposición de características genéticas, embarazo y condiciones asociadas, condición de víctima de violencia doméstica, género/sexo, acoso sexual, orientación sexual, identidad de género o represalia.

Complete y devuelva este formulario a la **Oficina de Relaciones Industriales del Gobernador, División de Investigaciones Antidiscriminación.**

Sección 1: Información de la persona que presenta la queja

Nombre completo

Dirección de correo electrónico de preferencia (para comunicaciones relacionadas con la queja)

Agencia/empleador

Cargo/unidad de negocios/centro

Horario de trabajo (días/horas)

Lugar de trabajo/dirección

No. de teléfono del trabajo

Dirección de la casa

No. de teléfono personal

Sección 2: Información del supervisor

Nombre del supervisor inmediato

Cargo

Lugar de trabajo/dirección

No. de teléfono del trabajo

2nd Level Supervisor Name

Cargo

Lugar de trabajo/dirección

No. de teléfono del trabajo

Sección 3: Detalles de la queja

1. Su queja por discriminación se basa en (marque todas las que apliquen):

- ☐ Raza
- ☐ Color
- ☐ Nacionalidad
- ☐ Credo/religión
- ☐ Edad
- ☐ Discapacidad
- ☐ Condición militar
- ☐ Historial de arresto/condena penal
- ☐ Estado civil/familiar
- ☐ Predisposición de características
- ☐ Embarazo y condiciones asociadas
- ☐ Condición de víctima de violencia doméstica
- ☐ Género/sexo
- ☐ Acoso sexual
- ☐ Orientación sexual
- ☐ Identidad de género
- ☐ Represalia (por haber participado en una actividad protegida)

2. Su queja por discriminación se realiza en contra de:

Nombre 1

Cargo

Agencia

Centro/lugar de trabajo

Teléfono del trabajo

Relación con usted: ☐ Supervisor ☐ Compañero de trabajo ☐ Subordinado ☐ Otra → Por favor especifique:

Nombre 2

Cargo

Agencia

Centro/lugar de trabajo

Teléfono del trabajo

Relación con usted: ☐ Supervisor ☐ Compañero de trabajo ☐ Subordinado ☐ Otra → Por favor especifique:

Continúa --->

Formulario de queja por discriminación de empleados del Estado de Nueva York

3. Fecha en que ocurrió la discriminación:

¿La discriminación continúa?

☐ Sí ☐ No

4. Por favor describa la supuesta conducta discriminatoria y los motivos por los que la conducta es discriminatoria. Por favor incluya nombres de testigos, si los hubiera, y adjunte documentación de respaldo, si estuviera disponible. De ser necesario, adjunte páginas adicionales.

5. ¿Ha presentado un reclamo con respecto a esta queja ante una agencia del gobierno federal, estatal o local? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Ha instaurado una demanda legal o proceso judicial con respecto a esta queja? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Ha contratado a un abogado con respecto a los alegatos en la queja? ☐ Sí ☐ No

8. Este formulario de queja la completó:

☐ Nombre de la persona que presenta la queja

☐ Supervisor/gerente

☐ Administrador de discriminación positiva

Firma

Fecha

Devuelva el formulario completo (por correo electrónico o por correo postal) a la Oficina de Relaciones Industriales del Gobernador, División de Investigaciones Antidiscriminación:

Empire State Plaza
Agency Building 2
Albany, New York 12223
antidiscrimination@goer.ny.gov