

Formulario de Información de Reclamos (CIF, por sus siglas en inglés)

División de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD)

Oficina de Igualdad de Oportunidades



Por favor lea este formulario cuidadosamente. **Escriba en letra de molde o imprima sus respuestas.** Responda a cada pregunta tan completamente como le sea posible. Si no puede incluir su respuesta completa en el espacio indicado en esta planilla, puede añadir paginas adicionales.

Si una pregunta o un campo tiene al lado un asterisco, es obligatorio responder esa pregunta. Usted no tiene obligación de responder las otras preguntas, pero si lo hace, nos ayudará a procesar su reclamo. Si no conoce la respuesta a una pregunta, coloque "no lo sé" en el espacio para la respuesta. Si la pregunta no aplica a su caso, ponga "n/a" como respuesta.

1. *¿Es usted el demandante o un representante del demandante? Por favor marque la casilla correcta.

☐

Demandante

☐

Representante

2. *Por favor indique su nombre y cualquier otra información que se le solicite en las líneas a continuación. Si Ud. es un representante, por favor indique el nombre e información de contacto del demandante en esta sección, y su nombre e información de contacto en la sección 2A.

*Nombre del Demandante:

*Dirección

*Ciudad

*Estado

*Código Postal

Número de Teléfono donde podemos localizarlo (NO ponga el número telefónico de su trabajo si no quiere que la Oficina de Igualdad de Oportunidades de DWD lo llame a su trabajo)

Dirección de correo electrónico

Mejor hora para contactarlo

Nombre e información de contacto de alguien a quien podamos dirigirnos si no podemos localizarlo a usted.

2A. Si usted es el representante del demandante, por favor indique su nombre e información de contacto en esta sección, y anexe una carta o cualquier otro documento firmado por el demandante, autorizándolo a servir como su representante.

Nombre del Demandante

Dirección de la Organización del Representante (si la hay)

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono en el que podemos localizarlo (NO ponga el número telefónico de su trabajo si no quiere que la Oficina de Igualdad de Oportunidades de DWD lo llame a su trabajo)

Dirección de correo electrónico

Mejor hora para contactarlo

Para el resto de las preguntas de este formulario, si usted está llenando este reclamo en representación de alguien más, cada vez que se haga referencia a "usted" se refiere a la persona demandante, no a usted personalmente. Por favor suministre las respuestas que el demandante daría si él o ella estuviese llenando la planilla.

3. *Este reclamo es acerca de algo que le sucedió a: (Por favor marque la casilla apropiada)

☐ Solo a mí ☐ A otras personas y a mí ☐ A otras personas, pero no a mí

4. * Por favor indique el nombre de la agencia, organización, o negocio al cual le está reclamando. Si tiene alguna información de contacto de la agencia, organización o negocio, y/o si usted conoce el nombre de la(s) persona(s) que piensa que lo discriminaron, por favor suministre también esa información. Si necesita más espacio para suministrar toda la información, por favor anexe hojas adicionales a este formulario.

Nombre de la Agencia, Organización o Negocio.

Número(s) de teléfono.

Dirección de ubicación o dirección postal.

Dirección de Correo electrónico

Nombre de la Persona que Usted Piensa que lo Discriminó

Puesto de Trabajo

Dirección de Correo electrónico

5. * ¿Cuál fue el programa en el que ocurrió la discriminación de la que usted se está quejando? Si no conoce el nombre del programa, y su reclamo no implica al Centro de Empleo de Missouri o una agencia gubernamental local, por favor responda "No lo sé"

- | | |
|---|---|
| ☐ Programas de la Ley de Innovación y Oportunidad Laboral (WIOA, por sus siglas en inglés) | ☐ Programa de Trabajo de los Adultos Mayores (Programa de Servicio de Empleo de la Comunidad de Adultos Mayores) |
| ☐ Seguro de Desempleo | ☐ Programa de los Indios/Nativos Americanos |
| ☐ Programa de la Ley de Asistencia | ☐ Programa de Trabajadores Migratorios y de temporada |
| ☐ Asistencia Comercial al Servicio o Trabajo | ☐ Rehabilitación Vocacional |
| ☐ Otros _____ | |
| ☐ Centro Laboral de los Estados Unidos | |
| ☐ Gobierno Local o Estatal | ☐ No lo sé |

6. *¿Cuáles cree usted que fueron las bases (motivos) por las cuales ocurrió la supuesta discriminación? Por favor marque las casillas próximas a las bases (motivos) que usted cree estuvieron implicadas en la discriminación, y responda cualquier otra pregunta que se ubique junto a esas casillas.

En la próxima pregunta, se le solicitará que explique por qué marcó cada casilla.

☐ Por causa de mi Nacionalidad de Origen (Por favor responda las preguntas a continuación).

¿Es usted Hispánico o Latino? ☐ Si ☐ No ☐

Cuál es su nacionalidad de origen (el país del cual vinieron usted, sus padres, sus abuelos o sus antepasados anteriores) _____

Por causa de mi Dominio Limitado del Inglés (¿Cuál es el idioma en el cual se siente más cómodo para comunicarse?) _____

(Por ejemplo, Español, Croata, Camboyano) _____

Por causa de mi Raza (Por favor responda las preguntas a continuación)

¿Cuál es su raza? Por favor marque todas las que apliquen

- ☐ Blanco o Caucásico
- ☐ Negro o Afroamericano
- ☐ Indio Americano o Nativo de Alaska
- ☐ Nativo de Hawái u Otra Isla del Pacífico
- ☐ Asiático
- ☐ Otros _____

☐ **Por causa de mi Sexo** (¿Cuál es su sexo? _____)

☐ **Por causa de mi embarazo**

☐ **Por causa de mi Orientación Sexual** (¿Cuál es su orientación Sexual? _____)

☐ **Por causa de mi Identidad de Género** (¿Cuál es su identidad de género? _____)

☐ **Por causa de mi Color** (¿Cuál es su color? _____)

☐ **Por causa de mi Religión** (¿Cuál es su religión? _____)

☐ **Por causa de mi Edad** (¿Cuál es su fecha de nacimiento? _____)

☐ **Por causa de mi Discapacidad** (Por favor marque una de las siguientes tres casillas)

☐ Tengo una discapacidad (que puede estar activa o inactiva actualmente)

(¿Cuál es su discapacidad? _____)

☐ Tengo un registro de discapacidad (¿Cuál fue su discapacidad en el pasado? _____)

☐ No tengo una discapacidad, o no tengo un registro de discapacidad, pero la organización o el programa me tratan como si estuviera discapacitado.

☐ **Por causa de mi Ciudadanía** (¿Cuál es su ciudadanía? _____)

☐ **Por causa de mi participación en un programa que recibe Asistencia Financiera Federal.**

(Nombre del programa(s): _____)

☐ **Por causa de mi Afiliación Política o Creencias**

☐ **Sufrió una represalia en mi contra** por haberme quejado acerca de la discriminación, o porque di una opinión o estuve implicado de alguna manera con la queja por discriminación de otra persona.

7. * Para cada una de las bases (razones para la discriminación) que marcó anteriormente, por favor explique qué ha sucedido, como usted (o alguien más) fue perjudicado por lo sucedido, y cómo o por qué cree que lo sucedido fue por las causas especificadas por usted. Por ejemplo, si usted marco "Por causa de mi Raza", enumere los hechos que usted cree explican **cómo o por qué** lo sucedido fue por causa de la raza de la persona que fue perjudicada. *Si usted no explica por qué marcó una razón en particular, podríamos rechazar esa parte de su reclamo.*

Si otras personas o grupos fueron tratados en forma diferente a usted (o a la otra persona supuestamente discriminada), por favor describa quien fue tratado en forma diferente a usted, como ese tratamiento fue diferente, y como ese tratamiento diferente lo perjudicó a usted o a las otras personas. Por favor sea específico y breve. Indique el (los) nombre(s) y la información de contacto de las personas involucradas, si le es posible.

Si su respuesta no cabe en el espacio a continuación, por favor utilice paginas adicionales para finalizar su respuesta, y anéxelas a esta planilla. Coloque su nombre y número de página en cada página adicional (Por ejemplo R. Jones- 1 de 4, R. Jones -2 de 4)

8. *En qué fecha(s) ocurrió la supuesta discriminación?

8A. Fecha de la primera acción: _____

8B. Fecha de la acción más reciente: _____

8C. Si hace más de 180 días de la acción más reciente, por favor explique porque usted no presentó una queja hasta ahora.

9. Por favor enumere a continuación cualquier otra persona (testigos, compañeros de trabajo, supervisores, u otros) a los cuales no haya nombrado y a los cuales podríamos contactar para obtener información acerca de su reclamo. Anexe paginas adicionales si necesita más espacio para esta información.

Nombre de la Persona Relación con el caso (testigo, compañero de trabajo, etc.)

Número de teléfono, y mejor horario para contactar a esa persona.

Número(s) de teléfono alternativos y/o dirección(es) de correo electrónico donde se pueda contactar a esa(s) persona(s)

10. ¿Dónde y cuándo presentó su primer reclamo por escrito? Fecha en la cual lo presentó _____

Nombre de la Oficina Especifica o Agencia, Departamento, Organización o Negocio Número de Teléfono Correo Electrónico

Dirección Postal o Dirección Ciudad Estado Código Postal

Nombre e Información de Contacto de la persona que se ocupa de su reclamo, si lo conoce.

10A. ¿El lugar donde presentó su primera reclamación por escrito le dio una decisión final acerca de su reclamo?

☐ Si

☐ No

10B. ¿Si respondió si, cual fue la fecha de la decisión final? _____ ¿La decisión fue por escrito?

☐ Si

☐ No

11. ¿Qué compensación está usted solicitando? Por ejemplo, obtener beneficios o entrenamiento que usted no recibió, cambios en las políticas, etc. POR FAVOR TOME NOTA: Las leyes que hace cumplir CRC no permiten daños punitivos. Solo puede otorgarse dinero para compensar a las víctimas de discriminación por pérdidas reales.

12. *Por favor firme y ponga la fecha en esta planilla en el espacio a continuación que aplique para usted. Usted también debe leer la nota en la próxima página titulada, "Como Utilizar la Información Personal", firme y ponga la fecha en la planilla de Autorización. DWD no puede aceptar un reclamo para investigación a menos que hayan sido firmadas la Planilla de Información del Reclamo y la Planilla de Autorización.

Firma del Demandante

Fecha

Firma del Representante del Demandante

Fecha

Por favor envíe su reclamo por correo, correo electrónico o fax a:

Correo: State WIOA Equal Opportunity
Officer 421 E. Dunklin Street
PO Box 1087
Jefferson City, MO 65102-1087

Fax: (573) 751 - 9528

Email: dwdcomplaintsandgrievances@ded.mo.gov

Llenar este formulario es un acto voluntario; sin embargo, las respuestas a las preguntas y los campos con asterisco deben ser completados para que la Oficina de Igualdad de Oportunidades de la División del Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD, por sus siglas en inglés) pueda aceptar su reclamo por discriminación. DWD utilizará la información para procesar, y si es apropiado investigar su queja. El tiempo estimado para llenar este formulario es de 60 minutos.

COMO UTILIZAREMOS SU INFORMACION PERSONAL

Dos Leyes Federales rigen la información personal suministrada a la División del Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD) al igual que la suministrada a la Oficina de Igualdad de Oportunidades de DWD. Estas dos leyes son la Ley de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. 552a) y la ley de Libertad de Información (5 U.S. C 552), conocida como "FOIA" por sus siglas en inglés. Esta Nota describe como cada una de estas leyes se aplica a la información relativa a su reclamo. Por favor lea la Nota, firme el formulario de Autorización en la próxima página, y entregue el formulario de Autorización a la Oficina de Igualdad de Oportunidades de DWD juntamente con su Formulario de Información del Reclamo.

La **LEY DE PRIVACIDAD** lo protege del mal uso de la información personal que el gobierno Federal tiene acerca de usted. Esta ley aplica a los registros que el Gobierno Federal mantiene y que pueden ubicar a una persona por su nombre, número de seguridad social, u otro sistema de identificación. Cualquier persona que envía información personal a la Oficina de Igualdad de Oportunidades de DWD en relación con un reclamo de discriminación debe conocer lo siguiente:

1. DWD hace cumplir los contratos que cubren las agencias locales y del Estado, los programas conducidos con fondos de DOL Título I WIOA, recipientes de asistencia financiera de DOL, y ciertos recipientes de asistencia financiera provenientes de otros Departamentos y Agencias Federales ("entidades cubiertas"). DWD tiene la autoridad para investigar y hacer las determinaciones sobre los reclamos que alegan que una entidad cubierta ha discriminado sobre la base de raza, color, nacionalidad de origen, edad, discapacidad, sexo/genero, religión, afiliación política o creencias, ciudadanía, y participación en un programa o actividad que recibe asistencia financiera bajo el Título I de la ley de Inversión en la Fuerza Laboral de 1998 (WIA) y/o el Título I de la ley de Innovación y Oportunidades de la Fuerza Laboral de 2014. CRC también está autorizado a conducir revisiones de las entidades cubiertas para evaluar si cumplen con las leyes de derechos civiles que CRC hace cumplir.

2. La información recopilada por DWD es analizada por el personal autorizado dentro de la agencia. Esta información puede incluir registros personales u otra información personal. El personal de DWD puede necesitar revelar cierta información a personas fuera de la agencia en el curso de la verificación de los hechos o para recopilar nuevos hechos para desarrollar la base para hacer la determinación del cumplimiento de los derechos civiles. Tales detalles pueden incluir la condición física o edad del demandante. DWD también puede requerir revelar cierta información a cualquier individuo que la requiera conforme a las disposiciones de la ley de Libertad de Información. (vea más abajo)

3. La información personal solo será utilizada para los propósitos específicos para los cuales fue presentada, esto es, para cumplimiento de los derechos civiles autorizados y para actividades de cumplimiento. Con excepción de las instancias definidas en la regulación de DOL en 29 C.F.R. Parte 71, CRC no liberará información a ninguna otra agencia o individuo a menos que la persona que suministró la información presente una autorización por escrito. Una de estas excepciones es que la liberación sea requerida bajo la ley de Libertad de Información (vea más abajo)

4. Ninguna ley exige que un demandante de información personal a DWD, y no se impondrá ninguna sanción a los demandantes u otras personas que se nieguen a los requerimientos de DWD. Sin embargo, si DWD no puede obtener la información necesaria para investigar los alegatos de discriminación, puede ser necesario cerrar la investigación.

5. La Ley de Privacidad permite que ciertos tipos de sistemas de registros estén exentos de algunos de sus requisitos, incluyendo las provisiones de acceso. La política de DWD es ejercer autoridad para eximir de los requisitos a los sistemas de registro solamente en los casos convincentes que así lo requieran. DWD puede negar acceso al demandante a los archivos de su reclamo compilados durante la investigación de la agencia sobre los derechos civiles contra una entidad cubierta. Se eximen de los requisitos los archivos del reclamo con la finalidad de ayudar las negociaciones entre las entidades cubiertas y DWD para resolver problemas de derechos civiles, y para animar a las entidades cubiertas a proveer información esencial para la investigación.

6. DWD no revela los nombres u otra información que identifique a un individuo a menos que sea necesario para completar la investigación o para reforzar actividades contra una actividad cubierta que viola las leyes, o a menos que tal información sea requerida para ser revelada de acuerdo con FOIA o la Ley de Privacidad. DWD conservará en forma confidencial la identidad de los demandantes excepto en la medida necesaria para llevar a cabo los propósitos de las leyes de derechos civiles, o a menos que su divulgación sea requerida por FOIA, la ley de Privacidad o de otra manera sea requerida por la ley.

La LEY DE LIBERTAD DE LA INFORMACION da acceso al público a ciertos archivos y registros del Gobierno Federal. Los individuos pueden obtener artículos de muchas categorías de registros del Gobierno - no solamente materiales que se refieran a ellos personalmente. DWD debe cumplir con las solicitudes de la Ley de Libertad de Información, con algunas excepciones. Generalmente no se requiere que DWD libere documentos durante una investigación o los procedimientos de cumplimiento, si la divulgación pudiera tener un efecto adverso para que la agencia realice su trabajo. De igual manera, cualquier agencia Federal puede negar una solicitud de un registro recopilado para la aplicación de la ley si su divulgación puede ser considerada como una "invasión injustificada de la privacidad de un individuo". La solicitud de otros registros, tales como archivos personales y médicos, puede ser negada cuando la divulgación pudiera ser "claramente una invasión de privacidad injustificada".

POR FAVOR LEA LA PLANILLA DE AUTORIZACION EN LA PROXIMA PAGINA, FIRMELA EN LA SECCION A O EN LA SECCION B, Y ENTREGUE LA PLANILLA DE PRESENTACION DEL RECLAMO DEBIDAMENTE LLENA Y FIRMADA POR USTED A LA OFICINA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE DWD

PLANILLA DE AUTORIZACION

He leído la nota de la Oficina de Igualdad de Oportunidades de DWD titulada "Como utilizaremos Su Información Personal" Entiendo que las siguientes condiciones aplican a la información personal entregada a la Oficina de Igualdad de Oportunidades de DWD en relación con mi reclamo:

DWD puede necesitar divulgar mi identidad al personal de la agencia, organización o negocio nombrado por mí en mi reclamo, con la finalidad de reunir evidencias para verificar los hechos relacionados con el reclamo, o para completar los procedimientos contra la agencia, organización o negocio.

No tengo que revelar cualquier información personal a DWD, pero DWD puede cerrar mi caso si no puede obtener la información que necesita para procesar o completar la investigación de mi reclamo.

Puedo solicitar una copia de mi información personal que DWD mantiene en el archivo de mi reclamo; y en determinadas circunstancias, DWD puede ser requerida por la Ley de Libertad de Información u otras leyes, a revelar mi información personal a otras personas.

Sección A

- ☐ Si, la Oficina de Igualdad de Oportunidades de DWD puede revelar mi identidad si es necesario para realizar una investigación completa de mi reclamo. He leído y entiendo la nota "Como Utilizaremos su Información Personal" y doy mi autorización a DWD a divulgar mi identidad al demandado, si es necesario para realizar una investigación a fondo de mi reclamo.

Firma

Fecha

SECCION B

- ☐ NO, DWD NO PUEDE divulgar mi identidad al demandado, aun si es necesario para investigar a fondo mi reclamo. He leído y entiendo la nota "Como Utilizaremos su Información Personal", y entiendo que **DWD puede cerrar mi caso** si no puede obtener la información necesaria para investigar a fondo mi reclamo sin divulgar mi identidad al demandado. A pesar de eso, no doy autorización a DWD para divulgar mi identidad al demandado durante la investigación de mi reclamo.

Firma

Fecha

SOLO PARA SER UTILIZADO POR DWD

CIF recibido por DWD Aceptado No aceptado Número del Caso _____

Por _____ Fecha: _____

Para información adicional acerca de los servicios de la División de Desarrollo de la Fuerza Laboral (DWD, por sus siglas en inglés) de Misuri, contacte al Centro de Empleos de Misuri más cercano. Ubicaciones e información adicional están disponibles en jobs.mo.gov o en (888) 728-JOBS (5627). La División de Desarrollo de la Fuerza Laboral de Misuri, es un programa/empleador con igualdad de oportunidades. Los individuos con discapacidades tienen Ayudas y servicios adicionales disponibles mediante solicitud previa. Los Servicios de Retransmisión de Misuri están disponibles en el 711.