



CALIFORNIA DEPARTMENT OF FAIR EMPLOYMENT AND HOUSING

Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California

CUESTIONARIO DE PRE-QUEJA EMPLEO

Al completar y entregar este cuestionario de Pre-Queja iniciará una entrevista con un representante del Departamento de Igualdad en el Empleo y Vivienda (DFEH por sus siglas en Inglés). El cuestionario de Pre-Queja no es una queja archivada. El representante del DFEH determinará si la queja puede ser aceptada para investigación.

NOMBRE: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____

PERSONA CON QUIÉN COMUNICARSE SI USTED NO SE ENCUENTRA O SI SE MUEVE DE CASA: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

NOMBRE DEL EMPLEADOR EN CONTRA DE QUIEN USTED DESEA REGISTRAR LA QUEJA (compañía, empresa, entidad gubernamental, agencia de empleo, unión, etc.):

NOMBRE: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

DOMICILIO: _____

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: _____

NÚMERO DE EMPLEADOS: _____

FECHA EN QUE SE LLEVO A CABO EL ACTO DE DISCRIMINACIÓN MÁS RECIENTE (Mes/Día/Año): _____

EN LA DISCRIMINACION QUE ESTA ALLEGANDO HAY AMENAZAS O ACTOS DE VIOLENCIA? SI NO

NOMBRE DE OTROS INDIVIDUOS CONTRA LOS CUALES DESEA QUEJARSE (Otras personas que estuvieron involucradas en esta queja en particular):

NOMBRE/PUESTO: _____ DOMICILIO: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____

1. YO ALEGO QUE SUFRÍ: Discriminación Hostigamiento/Acoso Represalias

POR MOTIVO DE MI ACTUAL O PERCIBIDA:

- Edad- 40 años o más
- Ascendencia
- Asociación con una Persona de una Clase Protegida
- Color
- Discapacidad
- Participación en una Actividad Protegida
- Ausencia Familiar, de Cuidado o Ausencia Médica
- Información o Características Genéticas
- Estado Civil
- Condición Médica- Cáncer, Enfermedad Relacionada con el Cáncer, o de Características Genéticas
- Estado Militar or Veterano
- Origen Nacional – Incluyendo Restricciones de Uso de Lenguaje
- Raza
- Religión
- Sexo- Género
- Sexo- Identidad de Género o Expresión de Género
- Sexo- Embarazo
- Orientación Sexual

COMO RESULTADO, YO FUI:

- Hicieron Preguntas Ilegales, No Relacionadas con el Trabajo
- Degradado – Bajado de Puesto
- Negado un Buen Proceso de Fe Interactivo
- Negado un Ambiente Libre de Discriminación o Represalias en el Trabajo.
- Negado la Continuación de Cobertura de Atención Médica Mientras estaba en Ausencia de Incapacidad por Embarazo
- Negado Empleo
- Negado Igualdad de Salario
- Negado Ausencia para Cuidado Familiar o Ausencia Médica
- Negado Ausencia por Embarazo
- Negado Ascenso en el Trabajo
- Negado Acomodamiento Razonable
- Negado Reincorporación al Trabajo
- Negado el Derecho a Usar Pantalones
- Obligado a Renunciar
- Despedido/Descansado
- Terminado/Corrido
- Examinado por Características Genéticas
- Otra (especifique) _____

2. Tiene usted un abogado que haya aceptado representarlo en este asunto? Si No

Si la respuesta es sí, por favor proporcione la información del abogado.

Nombre del Abogado:

Número de Teléfono:

Nombre del Bufete de Abogados:

Domicilio del Abogado:

Ciudad/Estado/Codigo Postal:

INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

ESTA INFORMACIÓN ES OPCIONAL Y SOLAMENTE ES UTILIZADA PARA FINES ESTADÍSTICOS.

GÉNERO:

- Masculino
- Femenino
- Otro

ESTADO CIVIL:

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Cohabitación

RAZA:

- Asiático
- Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Negro o Afro-Americano
- Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico
- Blanco

ORIGEN NACIONAL:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afghani (Afghani) | <input type="checkbox"/> Japanese (Japonés) |
| <input type="checkbox"/> American [U.S.A] (Americano -U.S.A) | <input type="checkbox"/> Korean (Coreano) |
| <input type="checkbox"/> Bangladeshi (Bangladesi) | <input type="checkbox"/> Laotian (Laosiano) |
| <input type="checkbox"/> Cambodian (Camboyano) | <input type="checkbox"/> Lebanese (Libanés) |
| <input type="checkbox"/> Canadian (Canadiense) | <input type="checkbox"/> Malaysian (Malasio) |
| <input type="checkbox"/> Chinese (Chino) | <input type="checkbox"/> Mexican (Mexicano) |
| <input type="checkbox"/> Cuban (Cubano) | <input type="checkbox"/> Nigerian (Nigeriano) |
| <input type="checkbox"/> Dominican (Dominicano) | <input type="checkbox"/> Other African (Otro Origen Africano) |
| <input type="checkbox"/> Egyptian (Egipcio) | <input type="checkbox"/> Other Asian (Otro Origen Asiático) |
| <input type="checkbox"/> English (Inglés) | <input type="checkbox"/> Other Caribbean (Otro Origen Caribeño) |
| <input type="checkbox"/> Ethiopian (Etiope) | <input type="checkbox"/> Other European (Otro Origen Europeo) |
| <input type="checkbox"/> Fijian (Fijiano) | <input type="checkbox"/> Other Hispanic/Latino (Hispano/Latino) |
| <input type="checkbox"/> Filipino (Filipino) | <input type="checkbox"/> Other Middle Eastern (Otro Origen Medio Oriente) |
| <input type="checkbox"/> German (Alemán) | <input type="checkbox"/> Other (Otro Origen Nacional) |
| <input type="checkbox"/> Ghanaian (Ghanés) | <input type="checkbox"/> Pakistani (Pakistani) |
| <input type="checkbox"/> Guamanian (Guamaniano) | <input type="checkbox"/> Puerto Rican (Puertorriqueño) |
| <input type="checkbox"/> Haitian (Haitiano) | <input type="checkbox"/> Salvadoran (Salvadoreño) |
| <input type="checkbox"/> Hawaiian (Hawaiano) | <input type="checkbox"/> Samoan (Somalí) |
| <input type="checkbox"/> Hmong (Hmong) | <input type="checkbox"/> Sri Lankan (Sri Lankano - Ceilandés) |
| <input type="checkbox"/> Indonesian (Indonesio) | <input type="checkbox"/> Syrian (Sirio) |
| <input type="checkbox"/> Iranian (Iraní) | <input type="checkbox"/> Taiwanese (Taiwanés) |
| <input type="checkbox"/> Iraqi (Iraquí) | <input type="checkbox"/> Thai (Tailandés) |
| <input type="checkbox"/> Irish (Irlandés) | <input type="checkbox"/> Tongan (Tongano) |
| <input type="checkbox"/> Italian (Italiano) | <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita) |
| <input type="checkbox"/> Jamaican (Jamaicano) | |