



**CALIFORNIA DEPARTMENT OF FAIR EMPLOYMENT AND HOUSING**  
Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California  
**CUESTIONARIO DE PRE-QUEJA**  
**EMPLEO**

El 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 investigar. El completar y entregar este documento reconoce que ha leído y acepta la póliza de privacidad del departamento DFEH.

**DEMANDANTE:**

NOMBRE:

NUMERO DE TELEFONO:

DOMICILIO:

CORREO ELECTRONICO:

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL:

¿Decea que alguien le tradusca durante el proceso de su queja?    Si    No

**DEMANDADO:**

NOMBRE:

NUMERO DE TELEFONO:

DOMICILIO:

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL:

NUMERO DE EMPLEADOS:

TIPO DE EMPLEADOR:

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

NOMBRE/PUESTO:

DOMICILIO:

NUMERO DE TELEFONO:

FECHA EN QUE COMENSARON LOS ACTOS DE DISCRIMINACION (Mes/Día/Año):

FECHA EN QUE SE LLEVO A CABO EL ACTO DE DISCRIMINACION MAS RECIENTE (Mes/Día/Año):

**1. YO ALEGO QUE SUFRI:** Discriminación 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 - (Física o Mental)  
Participación en una Actividad Protegida  
Cuidado Familiar o Ausencia Médica  
Información Genética - (Información relacionada con exámenes genéticos o la participación en estudios clínicos o la manifestación de enfermedades)  
Estado Civil  
Condición Médica - Incluyendo cáncer, condiciones médicas relacionadas con el cáncer o características genéticas (un gen, cromosoma o características no presentes relacionadas con los síntomas de la enfermedad)  
Estado Militar or Veterano  
Origen Nacional - Incluyendo restricciones de uso de lenguaje y el uso y posesión de una licencia de manejo expedida a personas incapaces de comprobar que su presencia en los Estados Unidos está autorizada bajo la ley federal  
Raza  
Religión - Incluye vestimenta religiosa y prácticas de aseo  
Sexo - Género  
Sexo - Identidad de Género o Expresión de Género  
Sexo - Incluye embarazo, nacimiento de un niño(a), lacteando y/o condiciones médicas relacionadas  
Orientación Sexual

**COMO RESULTADO, MI EMPLEADOR:**

Me Hizo Preguntas Ilegales, No Relacionadas con el Trabajo  
Me Degradado – Bajado de Puesto  
Me Nego un Buen Proceso de Fe Interactivo  
Me Nego un Ambiente Libre de Discriminación o Represalias en el Trabajo.  
Se Nego a Seguir Pagando Asegurancia Médica Durante Mi Ausencia de Incapacidad por Embarazo  
Me Nego Empleo  
Me Nego Igualdad de Salario  
Me Nego una Ausencia para Cuidado Familiar o Ausencia Médica  
Me Nego o Fui Obligado a Transferir  
Me Nego una Ausencia por Embarazo  
Me Nego Ascenso en el Trabajo  
Me Nego Acomodamiento Razonable  
Me Nego Reincorporación al Trabajo  
Me Nego el Derecho a Usar Pantalones  
Me Obligo a Renunciar  
Me Descanso  
Me Despedio  
Me Examino 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/Código Postal:

**3. BREVEMENTE DESCRIBA POR QUE PIENSA QUE ES LA RAZON(ES) POR LA DISCRIMINACION, ACOSO O REPRESALIAS. (Opcional)**

# INFORMACION DEMOGRAFICA

ESTA INFORMACION ES OPCIONAL Y SOLAMENTE ES UTILIZADA PARA FINES ESTADISTICOS.

Idioma Principal:

Edad:

## GENERO:

Masculino  
Femenino  
Otro

## ESTADO CIVIL:

Soltero  
Casado  
Divorciado  
Cohabitación

## RAZA:

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

## ETHNICITY:

Hispano o Latino  
No-Hispano o Latino

## NATIONAL ORIGIN:

Afghani (Afghani)  
American [U.S.A] (Americano -U.S.A)  
Asian (Asiatico)  
Bangladeshi (Bangladesi)  
Cambodian (Camboyano)  
Canadian (Canadiense)  
Chinese (Chino)  
Cuban (Cubano)  
Dominican (Dominicano)  
Egyptian (Egipcio)  
English (Inglés)  
Ethiopian (Etiópe)  
Fijian (Fijiano)  
Filipino (Filipino)  
German (Alemán)  
Ghanaian (Ghanés)  
Guamanian (Guamaniano)  
Haitian (Haitiano)  
Hawaiian (Hawaiano)  
Hmong (Hmong)  
Indonesian (Indonesio)  
Iranian (Irani)  
Iraqi (Iraquí)  
Irish (Irlandés)  
Israeli (Israelí)

Italian (Italiano)  
Jamaican (Jamaicano)  
Japanese (Japonés)  
Korean (Coreano)  
Laotian (Laosiano)  
Lebanese (Libanés)  
Malaysian (Malasio)  
Mexican (Mexicano)  
Nigerian (Nigeriano)  
Other National Origin (Otro Origen Nacional) Other  
African (Otro Origen Africano)  
Other Asian (Otro Origen Asiático)  
Other Caribbean (Otro Origen Caribeño)  
Other European (Otro Origen Europeo)  
Other Hispanic/Latino (Hispano/Latino)  
Other Middle Eastern (Otro Origen Medio Oriente)  
Pakistani (Pakistani)  
Puerto Rican (Puertorriqueño)  
Salvadoran (Salvadoreño)  
Samoan (Somalí)  
Sri Lankan (Sri Lankano - Ceilandés)  
Syrian (Sirio)  
Taiwanese (Taiwanés)  
Thai (Tailandés)  
Tongan (Tongano)  
Vietnamese (Vietnamita)

## INFORMACION DEMOGRAFICA

ESTA INFORMACION ES OPCIONAL Y SOLAMENTE ES UTILIZADA PARA FINES ESTADISTICOS.

### DISCAPACIDAD:

Sida  
Sangre / Circulacion  
Cerebro / Nervios / Musculos  
Digestivo / Urinario / Reproductivo  
Auditivo  
Corazon  
Extremidades [Brazos / Piernas]  
Mental  
Vision  
Habla / Respiratorio  
Espinal / Espalda / Respiratorio  
Otra discapacidad

### RELIGION:

Agnostico	Sin Religion
Ateo	Protestante
Bahaí	Indigena Original
Budista	Cuáquero
Católico	Rastafari
Cristiano	Espiritista
Confucisano	Sintoísta
Hindú	Sij
Islám	Taoísta
Testigos de Jehová	Unitario
Judío	Zoroastrico
Neo-Pagano	Otra