FORMULARIO DE QUEJA
DE LA COMISIÓN DE DERECHOS CIVILES DE IOWA

Queja de Discriminación según el Capítulo 216 del Código de Iowa, "La Ley de Derechos Civiles de Iowa de 1965"
Atención: *Se mandará una copia de esta queja a la Organización o persona siendo demandada.*

(PARA EL USO EL LA AGENCIA SOLAMENTE)
ICRC CP#_____ **Iowa Civil Rights Commission**
Local Commission#_____ **400 East 14th Street**
EEOC#_____ **Des Moines, IA 50319-0201**
515-281-4121 / **800-457-4416** / Fax: 515-242-5840 / http://www.state.ia.us/government/crc

(ESCRIBA A MÁQUINA O CON LETRA DE MOLDE)
1. ¿Cuál es su nombre legal? _____

2. ¿Cuál es su dirección postal? _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

3. Número de teléfono: _____

4. Su fecha de nacimiento: _____ ¿Su sexo/género? _____

5. Por favor marque el **ÁREA** en el cual ocurrió la discriminación.

□ □ **Empleo** □ □ **Servicios Públicos** □ □ **Vivienda**
□ □ **Educación** □ **Crédito**

6. Por favor marqué la **ACCIÓN** que la Organización tomó contra usted. (Marqué todas las que apliquen)

□ Democión
□ Negar acomodación/modificación
□ Negar Beneficios
□ Negar Servicios Financieros/Crédito
□ Negar Servicio
□ Disciplina/Suspensión
□ Desalojo
□ Falta de Contratar
□ Falta de Ascender
□ Falta de Alquilar
□ Fallar a Entrenar
□ Forzar a Dejar el Trabajo/Jubilar
□ Hostigamiento
□ Recorte de Trabajadores/Falta de Llamar para Regresar
□ Reducción en horas
□ Reducción de sueldo
□ Hostigamiento Sexual
□ Despedido
□ Asignación/Traslado Indeseable
□ Desigualdad de Sueldo

□ Otro: _____

7. ¿Cree que discriminaron contra usted por motivo de su raza? _____

Si fue así, ¿cuál es su raza? _____

8. ¿Cree que discriminaron contra usted por motivo de su origen nacional? _____

Si fue así, ¿cuál es su origen nacional? _____

9. ¿Cree que discriminaron contra usted por motivo de su sexo? _____

10. ¿Cree que discriminaron contra usted por motivo de su orientación sexual? _____

Si fue así, ¿cuál es su orientación sexual? _____

11. ¿Cree que discriminaron contra usted por motivo de su identidad de género? _____

12. ¿Cree que discriminaron contra usted por motivo de su discapacidad, real o percibida? ____

Si fue así, ¿cuál es su discapacidad? _____

13. ¿Cree que discriminaron contra usted por motivo de su religión o credo? _____

Si fue así, ¿cuál es su religión o credo? _____

14. Si su queja es acerca de su empleo o crédito, ¿cree que discriminaron contra usted por motivo de su edad? _____

15. Si su queja es acerca de su vivienda o crédito, ¿cree que discriminaron contra usted por motivo de su estado familiar (presencia de niños en el hogar)? _____

Si fue así, ¿cuántos niños viven con usted? _____

16. Si su queja es acerca de crédito, ¿cree que discriminaron contra usted por motivo de su estado civil? _____

Si fue así, ¿cuál es su estado civil? _____

17. Si se ha quejado previamente a cualquier persona dentro de la organización o a la ICRC, o ha reportado discriminación, o participado como testigo, ¿cree que ha sufrido una acción adversa o ha sido tratado diferente después que se quejó de la discriminación? _____

Si fue así, ¿cómo tomaron represalia contra usted y quien lo hizo? _____

_____

18. ¿Cuál es el nombre legal de la organización que discriminó contra usted?
[Esta entidad será acusada de discriminación y se le mandará una copia de la queja.]

_____

¿Cuál es la dirección postal de esta organización?
_____

Ciudad: _____ Condado: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: (___) _____ - _____

19. Si la entidad que usted nombró en la pregunta 18 tiene Compañía Madre u Oficina Corporativa, escriba el nombre legal.
[Esta entidad también será acusada de discriminación y se le manda una copia de la queja.)
_____

¿Cuál es la dirección postal de esta organización?
_____

Ciudad: _____ Estado: _____

Código Postal: _____Teléfono: (___) _____ - _____

20. ¿Donde sucedió la discriminación?

Dirección: _____

Cuidad: _____ Condado: _____ Estado: _____

21. ¿Qué hace esta organización? ¿Que servicios proporciona esta organización?
_____

22. Si el "Área" es en empleo, escriba el número aproximado de todos los empleados que tiene esa compañía en todas sus localidades a escala nacional (Se requiere):
_____

□ 4-14 □ 15-19 □ 20-100 □ 101-200 □ 201-500 □ 500+

23. ¿Ha presentado usted esta queja con otra agencia antidiscriminatoria federal, estatal, o local?
__Sí __ No

Si la respuesta es "Si", ¿con cuál agencia? _____ ¿Cuándo? _____

24. ¿Si usted está alegando hostigamiento, quien le hostigó?
[Esta persona será acusada con discriminación y se le da una copia de su queja.]

Nombre: _____

Título: _____
Dirección Postal de Trabajo o Casa:
_____

Nombre: _____
Título: _____
Dirección Postal de Trabajo o Casa:
_____

Nombre: _____
Título: _____
Dirección Postal de Trabajo o Casa:
_____

25. ¿Qué fue la fecha del incidente discriminatorio más reciente? (mes, día, año)
_____

26. Si el "Área" es en el Empleo, ¿en que fecha le emplearon o aplicó usted?
_____ (mes, día, año)

¿Sigue usted siendo empleado(a) de esta organización enumerada en la pregunta 18? □ Sí □ No

Si la repuesta es "No", ¿cuándo fue que su empleo se terminó? _____ (mes, día, año)

Si la repuesta es "No", ¿cómo se terminó su empleo? □ Despedido (a) □ Dejó/Renunció

27. RESUMEN BREVE DE LAS ALEGACIONES.
Por favor, escriba los detalles de porque usted siente que su base/bases es/son factor(es) en como Usted fue tratado. Por favor, asegure de describir cada acción que usted marcó en la pregunta #7. (POR FAVOR no identifique ninguna gente quien puede ser testigos en soporte de su queja.)
(Por favor, lea las instrucciones antes de escribir su resumen breve.)

Yo certifico bajo pena de perjurio y acuerdo a las leyes del Estado de Iowa y de las leyes de los Estados Unidos de América que la queja que precede es correcta y verdadera.

X _____ _____

Firma del Demandante **Fecha**