

**COMISIÓN DE RELACIONES HUMANAS DE PENNSILVANIA
CUESTIONARIO SOBRE DISCRIMINACIÓN EN EL TRABAJO**

1. SU INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre _____

Dirección _____

Calle

Apto

Ciudad

Estado

Código Postal

Nº de teléfono:(Casa) _____ (Celular) _____

Trabajo: _____ Correo electrónico: _____

Nombre, dirección y teléfono de alguien que **NO** viva con usted, pero sabrá la manera de comunicarse con usted:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Calle

Apto

Ciudad

Estado

Código Postal

2. ¿ CONTRA CUAL EMPLEADOR DESEA USTED PRESENTAR SU QUEJA?

Nombre del empleador _____

(Por favor use el nombre de su empleador como aparece en su cheque de pago o formulario W-2)

Dirección en PA _____ PA

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Nº de teléfono _____ Correo electrónico _____

Condado de Pensilvania donde usted fue perjudicado _____

CANTIDAD DE PERSONAS QUE TRABAJAN PARA EL EMPLEADOR:

menos de 4

de 4 a 14

de 15 a 20

más de 20

Tipo de negocio _____

¿Es el empleador una agencia federal?

menos de 4

de 4 a 14

3. DESCRIBA COMO FUE PERJUDICADO, Y CUANDO, PARA QUE PODAMOS DETERMINAR SI LE PODEMOS SER DE AYUDA. Marque todo lo que sea aplicable.

Indique la(s) fecha(s) en que fue perjudicado, junto a la instancia o acto de discriminación:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Despido _____ | <input type="checkbox"/> Reducción de personal _____ |
| <input type="checkbox"/> No llamado de vuelta _____ | <input type="checkbox"/> Transferencia forzada _____ |
| <input type="checkbox"/> Negada transferencia _____ | <input type="checkbox"/> Degradación _____ |
| <input type="checkbox"/> Permiso forzado _____ | <input type="checkbox"/> Permiso negado _____ |
| <input type="checkbox"/> Salario desigual _____ | <input type="checkbox"/> Beneficios desiguales _____ |
| <input type="checkbox"/> Falla de contratar _____ | <input type="checkbox"/> Falla de promoción _____ |
| <input type="checkbox"/> Disciplina (Suspensión, Advertencia, etc.) _____ | |
| <input type="checkbox"/> Hostigamiento* _____ | <input type="checkbox"/> Obligado a renunciar _____ |
| *Completar pregunta 7 si fue hostigado | |
| <input type="checkbox"/> Falta de acomodo debido a su: | <input type="checkbox"/> Discapacidad _____ <input type="checkbox"/> Religión _____ |

OTRO, por favor especifique _____

4. ¿ SIENTE USTED QUE RECIBIÓ UN TRATO DIFERENTE (SE LE DISCRIMINÓ) MOTIVADO POR ALGUNA DE LAS CARACTERÍSTICAS INDICADAS ABAJO?

La comisión solo puede investigar su querrela si usted cree que fue tratado de manera diferente y perjudicado debido a su raza, color, religión, ascendencia, sexo, país de origen, discapacidad, o el uso, manejo o entrenamiento de un animal de guía o apoyo para la ceguera, sordera o discapacidad física. Por ejemplo, si usted siente que fue tratado peor que otra persona debido a su raza, por favor indique raza como la razón. Si cree que le trataron diferente por causa de su raza y sexo, por favor marque tanto raza como sexo. **Solo marque esas razones que explican porque usted fue perjudicado.** Por favor, indique también su raza, color, religión, lugar de nacimiento o antepasados, etc. **si** fue objeto de discriminación basado en esos factores.

- | | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Hombre | <input type="checkbox"/> Mujer | <input type="checkbox"/> Embarazada |
| <input type="checkbox"/> Edad (40 o mayor solamente): Fecha de nacimiento _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Raza _____ | <input type="checkbox"/> Color _____ | |
| <input type="checkbox"/> Religión _____ | <input type="checkbox"/> Ascendencia _____ | |

- Lugar de origen (país en el que nació) _____
- Asociación con una persona de una raza diferente a la suya
Su raza _____ raza de la otra persona _____
- Uso de animal guía o de apoyo por discapacidad (favor completar N° 6)
- Uso de un animal de guía o apoyo para discapacidad
- Rehusar a realizar, participar en, o colaborar en servicios de aborto o esterilización
- Diploma equivalente Otro _____
- Tengo una discapacidad (favor completar N° 8)
- El empleador me trata como si estuviera discapacitado
- Tuve una discapacidad en el pasado (favor completar N° 8)
- Tengo una relación o asociación con alguien con una discapacidad (favor completar N° 8)

REPRESALIA

Si usted cree haber sido **perjudicado** por quejarse de lo que usted consideró ser discriminación ilegal, porque usted **presentó** una querrela por discriminación ilegal, o porque usted ayudó a otra persona en su querrela por discriminación, por favor complete la siguiente información:

Fecha en la que presentó la querrela ante la Comisión de Relaciones Humanas de PA _____

Si usted presentó la querrela ante otra agencia, indique el nombre de la agencia y fecha de presentación:

Fecha en que usted se querelló sobre discriminación a un gerente: _____

Fecha en que ayudó a alguien en su querrela sobre discriminación _____

5. ¿CUÁNDO FUE USTED EMPLEADO O CUANDO SOLICITÓ TRABAJO AL EMPLEADOR?

Fecha en que se convirtió en empleado: _____

Posición para la que fue empleado: _____

¿Qué posición ocupaba cuando fue perjudicado?

Si estaba tratando de ser contratado por un empleador:

¿Cuándo hizo la solicitud? _____ ¿Cuándo supo que no le habían contratado? _____

6. ¿DIGA QUE RAZONES LE DIO EL EMPLEADOR PARA LAS ACCIONES QUE LE PERJUDICARON?

¿Quién le dijo el razonamiento del empleador para la acción? (Incluya su cargo o título)

¿Cuándo le informaron sobre la acción tomada contra usted? (Fecha o fechas)

Si no le dieron una razón, por favor marque aquí.

Independientemente de cómo fue usted perjudicado, por favor identifique a una persona o personas que fueron tratadas mejor que usted. Por ejemplo, siendo un **empleado masculino** usted fue disciplinado por una infracción en el trabajo, pero una **empleada femenina** que cometió la misma infracción no fue disciplinada.

Nombre del empleado – Nombre y apellido (si lo sabe)

¿En qué se diferencia esta persona de usted? Por ejemplo, ¿cuál es su raza, edad, religión, etc.?

Por favor explique **exactamente** la manera en que esta persona recibió un trato mejor o diferente al que usted recibió. Incluya fechas.

Si no puede identificar a alguien que haya sido tratado mejor o de manera diferente, usted necesita describir un incidente, declaración, etc. que pueda ser investigado, y que esté directamente relacionado con la manera en que usted recibió un trato diferente al de otra persona.

7. SI USTED MARCÓ UNA DE LAS CUATRO CATEGORÍAS DE DISCAPACIDAD INDICADAS ARRIBA BAJO EL N° 4, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (SI NO, SALTE AL N° 7).

¿Cuál es su discapacidad? _____

¿Durante cuánto tiempo ha tenido esta discapacidad y cuando comenzó? _____

¿Continúa teniendo esta discapacidad? Si No

De ser si, ¿por cuánto más tiempo anticipa tener la discapacidad? _____

¿En qué actividades de la vida usted **tiene gran dificultad para hacerlas**, debido a su discapacidad? (Marque todas las aplicables)

Ver Oír Doblarme Caminar Alzar Inclíname

Dar la vuelta Subir Correr Hablar Estar de pie por largo tiempo

Estar sentado por largo tiempo Cuidado personal Pensar Concentrarme

Relacionarme con otros

Otras actividades principales de la vida (**Sea específico**) _____

Si tuvo una discapacidad en el pasado, ¿Cuándo comenzó y en qué fecha terminó? _____

Si su empleador le trata como si usted estuviera discapacitado: ¿Cuál discapacidad piensan o creen ellos que tiene usted?

¿Quiénes son las personas que le están tratando como si usted fuera discapacitado (nombres y posiciones o cargos):

¿Por qué cree usted que estas personas piensan o creen que usted tiene una discapacidad?

¿Cómo se enteró de su discapacidad su empleador? _____

¿En qué fecha se enteraron de su discapacidad? _____

¿Cuál gerente/funcionario/agente se enteró de su discapacidad? (incluya su cargo o posición)

Si usted está relacionado con alguien que tiene una discapacidad, ¿Cuál es su relacionado con esa persona?

¿Cuál es la discapacidad de esa persona? _____

¿Cómo y cuándo supo el empleador acerca de la discapacidad de esa persona?

¿Solicitó usted un acomodo o asistencia para poder hacer su trabajo? Si No

EN CASO DE SI: (1) ¿A quién le hizo usted la solicitud? _____

(2) ¿En qué fecha fue hecha la solicitud? _____

(3) Describa el acomodo o asistencia que usted solicitó, y el motivo.

¿El empleador le dio el acomodo o asistencia solicitada? Si No

Si lo hizo, ¿en qué fecha? _____

Si no, ¿le proporcionó en cambio otro acomodo o asistencia? Si No

Si lo hizo, por favor explique. _____

¿El empleador rechazó su solicitud de acomodo o asistencia? Si No

Si lo hizo, ¿Quién negó su solicitud? _____

¿En qué fecha fue negada la solicitud? _____

¿Qué razón le dieron a usted para denegación? _____

8. SI USTED MARCÓ QUE FUE HOSTIGADO(ACOSADO) BAJO EL N° 3, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE LA MANERA MÁS COMPLETA POSIBLE.

Nombre la persona o personas que le hostigaron: _____

Su cargo o posición: _____

¿Cuándo fue hostigado? Fecha de comienzo _____ Fecha final _____

¿El hostigamiento continúa aun? Si No

¿Con que frecuencia sucedió el hostigamiento? Lo mejor que pueda, por favor indique **día, mes y año** de cada incidente y con qué frecuencia ocurrieron los actos de hostigamiento.

Solo una vez _____ Una vez al día _____

Varias veces al día _____

Múltiples veces a la semana _____

Múltiples veces al mes _____

Por favor de dos o tres ejemplos del hostigamiento que recibió.

¿Pensó usted que alguno de esos actos de hostigamiento fue especialmente grave y/u ofensivo?

Si No Si fue así, por favor explique porqué. _____

¿Tuvo el hostigamiento un efecto negativo o dañino sobre usted o su salud? Si fue así, por favor explique:

¿Se quejó usted con alguien sobre el hostigamiento? Si No

¿Ante quién se quejó? _____

Nombre

Cargo o título

¿En qué fecha se quejó? _____

¿El hostigamiento finalizó después de usted quejarse? Si No

Si finalizó, ¿en qué fecha paró? _____

Después de que usted se quejó, ¿ocurrió alguna otra acción contra usted? (Por ejemplo, disciplina, despido, etc.) Si No

¿Cuáles fueron las acciones? _____

¿En qué fechas ocurrieron? _____

¿Quién tomó la acción contra usted? _____

¿Sabía esta persona que usted se había quejado sobre el hostigamiento? Si No

Por favor identifique a alguien que es diferente a usted pero que recibió mejor trato:

Nombre _____

Posición o cargo _____

Razón por la cual recibieron mejor trato que usted, como se discutió en el punto 4. _____

¿En qué manera recibieron mejor trato en cuanto al hostigamiento? _____

9. ¿HA ESTADO USTED INVOLUCRADO EN ALGUNA ACCIÓN JUDICIAL RELACIONADA CON ESTE ASUNTO? (ACCIÓN JUDICIAL INICIADA POR USTED O CUALQUIER OTRO). DE SER ASÍ, POR FAVOR INDIQUE ANTE QUE TRIBUNAL Y EN QUE FECHA, SEGÚN MEJOR RECUERDE:

Si No _____

Tribunal

Ciudad

Condado

Estado

Fecha

10. SI USTED HA PRESENTADO ESTA QUERRELA ANTE OTRA AGENCIA LOCAL, ESTATAL O FEDERAL, POR FAVOR CONTESTE LO SIGUIENTE:

Nombre de la agencia donde hizo la denuncia: _____

Fecha de denuncia _____

Número de denuncia o queja _____

