

**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 \_\_\_\_\_



**11. SI UN ABOGADO LE VA A REPRESENTAR EN ESTE ASUNTO, POR FAVOR HAGA QUE SU ABOGADO NOS ENVÍE UNA CARTA QUE LO CONFIRME. (USTED NO NECESITA UN ABOGADO PARA PRESENTAR UNA QUERELLA.).**

**USTED DEBE FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA EN ESTE FORMULARIO ANTES DE DEVOLVERLO**

Yo certifico que las declaraciones contenidas en este cuestionario son cierta y correctas según mi mejor conocimiento, información y convicción. Entiendo que, de haber aquí declaraciones falsas, estas quedan sujetas a las penalidades de la Sección 4904, 18 PA.C.S., relativa a dar falso testimonio a las autoridades.

Firma \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

**SI USTED TIENE OTRA INFORMACIÓN QUE CREE NECESITAMOS SABER PARA AYUDARNOS A ENTENDER SU QUEJA, POR FAVOR PROPORCIÓNELA ABAJO. SIÉNTASE LIBRE DE ADJUNTAR PÁGINAS ADICIONALES PARA DESCRIBIR LO SUCEDIDO EN TANTO DETALLE COMO LE SEA POSIBLE.**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_