

Estado de Utah
División de Antidiscriminación y
Labor
Discriminación en el Empleo
Dirección: 160 East 300 South, 3rd
Floor, PO Box 146630, Salt Lake City,
UT 84114-6630
Teléfono: 801-530-6801
Fax: 801-530-7609
Email/correo electrónico:
discrimination@utah.gov



FORMULARIO GENERAL DE INICIO

7OH _____ OX = _____
LOR _____ 180 _____
Intake _____ 300 _____
Waiver _____ ADA _____

(No escribir en este espacio)
7/12

ESTE FORMULARIO NO REPRESENTA UN CARGO DE DISCRIMINACIÓN CON LA DIVISIÓN V

Afin de solicitar un Cargo con la División, deberá llenar completamente este formulario y devolverlo. Se usará la información dentro de este formulario para formular un Cargo y después se lo enviaremos a usted. Necesitará firmar y notariar el Cargo. La División no hará una investigación si no recibamos su formulario firmado y notariado.

Escribir la información legiblemente. Llenar las 10 páginas del formulario completamente. Por favor, pongase en contacto con nosotros por teléfono o email si necesita ayuda en llenar el formulario.

SECCIÓN 1: USTED

Su Nombre:		Dirección de email:		Fecha de nacimiento:	
Domicilio:				Apt #	
Ciudad:		Estado:		Teléfono #	
Código Postal:				Cell #	
Nombre, dirección y número de teléfono de un contacto que no vive con usted (en caso de no poder ser contactado):					
Representación Legal. Está representado usted por un abogado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Nombre y telefono de su abogado: _____					
**Antes que la División pueda contactar al abogado suyo sobre este caso, deberá entregarnos un "Aviso de Representación." Hasta que se nos entregue la "Aviso de Representación," la División <u>no contactará</u> al abogado. Si quisiera que una persona específica se comunique con nosotros como representante (en vez de un abogado), por ejemplo, un/a esposo/a, padre/madre, etc., deberá entregarnos una carta firmada con información del representante. La División podrá proveerle esta forma.					

SECCION 2: SU EMPLEADOR

Nombre del Empleador do lo cual solicita usted una investigación:		Teléfono #	
Domicilio:		Página de Web (si lo sabe):	
Ciudad:		Estado:	
		Código Postal:	
El nombre de la corporación O el nombre del empleador escrito en su formulario de impuestos W2 O el nombre del empleador en su cheque de pago:			
Nombre de la persona que tiene el cargo más alto en la compañía:		Teléfono #	

Domicilio:

Ciudad: Estado: Código Postal:

Este empleador tiene por los menos 15 empleados en el estado de Utah?
 No Sí No sabe

Cuantos empleados tiene la compañía en toda la nación (si sabe)?
 Menos de 15 15 – 100 101-200 201- 500 500+

Fue empleado usted por una agencia de empleo? No Sí
 Si usted marcó afirmativo, deberá llenar un segundo Formulario de Inicio con la información de la agencia de empleo.

Se le discriminó o se le acosó a usted por una incapacidad? No Sí
 Si usted marcó afirmativo, deberá llenar el "7" .

SECCIÓN 3: LA HISTORIA DE SU EMPLEO DONDE FUE DISCRIMINADO

Fecha de inicio de trabajo:	Título de su posición de trabajo:	Su sueldo:
Nombre y posición del supervisor:		Trabaja usted allí hoy en día? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Descontinuó usted su empleo voluntariamente? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cuando? (Escriba la fecha, incluya el día, el mes y el año)	Fue obligado a renunciar su empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cuando? (Escriba la fecha, incluya el día, el mes y el año)	Fue despedido? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Cuando? (Escriba la fecha, incluyo el día, la mes y el año)
Si usted fue despedido, cual fue la razon de su despedido, segun su empleador? _____		

SECCIÓN 4: EL DAÑO SUFRIDO

La Primera Fecha de la Discriminación o el Hostigamiento	La Última Fecha de la Discriminación o el Hostigamiento
--	---

#1 – El Hostigamiento. Alguien le hostigó a usted en el trabajo?
 No (Si no, deja la pregunta y sigua con la #2)
 Sí

Se le hostigó a usted por: ()

<input type="checkbox"/> La Edad	<input type="checkbox"/> O k
<input type="checkbox"/> El Embarazo	<input type="checkbox"/> - \
<input type="checkbox"/> El Género =	<input type="checkbox"/> V
<input type="checkbox"/> La Religión	<input type="checkbox"/> - #

¿Cuan frecuente ocurrió el hostigamiento? Nombre y Posición de Trabajo:

Cuan frecuente ocurrió el hostigamiento?

Quando fue la primera vez que fue hostigado?	Quando fue la última vez que fue hostigado?
Cual fue la peor cosa que le hizo o le dijo a usted el hostigador? (Podrá anotar más información abajo en la Sección 5 del Formulario.)	
Hizo usted una queja del hostigamiento? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Si marcó afirmativo, asegúrese de llenar la Sección #4 Dar Represalias, abajo.)	
Si respondió no, porque no hizo una queja?	
Si respondió afirmativo, a quien hizo la queja? Nombre y Posición de Trabajo:	
Cuando hizo usted la queja?	
Describa que ocurrió después que hizo usted la queja. (Podrá anotar más información abajo en la Sección 5.)	

#2 – La Discriminación. Se le trató diferente a usted que otros empleados? <input type="checkbox"/> No (Si no, dejala pregunta y siga al #4) <input type="checkbox"/> Sí	
La Clase Protegida. <u>Deberá</u> demandar que fue discriminado o maltratado debido a una o más de las siguientes clases protegidas. Marque todas que se aplican.	
<input type="checkbox"/> La Edad – Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> La Raza/El Origen Étnico: <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Asiático/Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo Americano <input type="checkbox"/> Otro – Especificar:
<input type="checkbox"/> El Embarazo	<input type="checkbox"/> El Origen Nacional/El Abolengo: <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Hindú del Este <input type="checkbox"/> Árabe/Medio Oriente <input type="checkbox"/> Otro – Especificar:
<input type="checkbox"/> El Género Hombre ____ Mujer ____	<input type="checkbox"/> El Color – Especificar:
<input type="checkbox"/> La Religión – Especificar:	
<input type="checkbox"/> La Incapacidad. Describa su incapacidad e incluya el Formulario ADA. <i>Si demanda usted que el empleador no le proporcionó una ajuste razonable por su incapacidad, llene la Sección #4 abajo.</i>	
Cómo se le trató diferente a usted?	

Si el empleador le dio una razón por el hecho que usted considera discriminación, cual fue la razón que le dio? Cuáles son los nombres de las personas que le maltrataron? Cuáles son los títulos de trabajo de estas personas?

De las personas que tenían la misma posición de trabajo, quienes fueron tratados **mejor** que usted?

Nombre	Raza/Género/Edad/Origen Nacional/Religión/Incapacidad de la persona	Título de Trabajo	Describir la conducta de preferencia

De las personas que tenían la misma posición de trabajo, quienes fueron tratados **peor** que usted?

Nombre	Raza/Género/Edad/Origen Nacional/Religión/Incapacidad de la persona	Título de Trabajo	Describir el maltrato

De las personas que tenían la misma posición de trabajo, quienes fueron tratados **igual** que usted?

Nombre	Raza/Género/Edad/Origen Nacional/Religión/Incapacidad de la persona	Título de Trabajo	Describir

#3 – Discriminación por la incapacidad/Negar una ajuste razonable. Ha pedido usted a su empleador una modificación a las funciones del trabajo, a su lugar de trabajo, cambio del horario, etc., por su incapacidad?

No Sí

O

Si respondió en el afirmativo, describa la ajuste razonable que pidió usted y como le respondió el empleador.

Al someter éste formulario, usted está de acuerdo a informar a la División de cualquier cambio de dirección o número de teléfono. Además, usted está de acuerdo a notificar a la División por escrito si tiene usted un cambio de la representación legal durante la investigación. Deberá enviar ésta notificación directamente al Supervisor de los Casos o a la Directora de la División. Si usted no coopera, puede resultar en el despido o anulación de su demanda o en hacer una decisión basada en la información contenida en el archivo.

Al someter éste formulario, usted entiende que el formulario sí mismo no constituye el Cargo de Discriminación y que cualquier Cargo de la Discriminación debe ser firmado, notariado y entregado con la División no más tarde de 180 días después de la “fecha del último daño.”

Fecha

Firma del Demandante

Para propósitos internos: Cómo averiguó usted de la División de Discriminación y Labor?