

# Formulario de Información sobre un Reclamo por Discriminación

Por favor lea este formulario cuidadosamente. **Escriba sus respuestas a máquina o en letra imprenta.** Responda cada pregunta tanto como le sea posible. Si toda su respuesta no alcanza en el espacio brindado en este formulario usted podría agregar más páginas.

**Si la pregunta o campo tiene un asterisco al costado, tiene que responder esa pregunta. Usted no tiene que responder las otras preguntas, pero si lo hace, esto ayudará en el proceso de su reclamo.** Si usted no sabe la respuesta a la pregunta escriba "desconocido" en el espacio para la respuesta. Si la pregunta no aplica a su caso escriba "n/a".

**\*1. ¿Es usted el reclamante o un representante del reclamante? Por favor marque la casilla correcta.**

Reclamante

Representante

**\*2. Por favor indique el nombre y demás información que le solicitamos a continuación. Si usted es un representante, por favor brinde el nombre del reclamante y la información de contacto en esta sección, y su propio nombre e información de contacto en la sección 2A.**

\*Nombre

\*Dirección de correo postal

\*Ciudad

\*Estado

Código Postal

Número de teléfono(s) donde lo podamos localizar. (No brinde el teléfono de su trabajo si no quiere que el Departamento de Labor de Nebraska lo llame ahí).

Dirección de correo electrónico

Mejor momento del día para contactarlo

Nombre e información de contacto de otra persona con quien comunicarnos si es que no podemos contactarnos con usted.

**2A. Si usted es el representante del reclamante, por favor brinde su nombre e información de contacto en esta sección, e incluya una carta u otro documento firmado por el reclamante autorizándolo como su representante.**

Nombre del representante

Organización del representante (si hubiese alguna)

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Número de teléfono(s) donde lo podamos localizar. (No brinde el teléfono de su trabajo si no quiere que el Departamento de Labor de Nebraska lo llame ahí).

Dirección de correo electrónico

Mejor momento del día para contactarlo

**Para el resto de preguntas en este cuestionario, si está llenando este reclamo en beneficio de alguien más, "usted" significa la persona (el reclamante), no usted personalmente. Por favor brinde las respuestas que el reclamante brindaría si él/ella estuviese llenando el formulario personalmente.**

**\*3. Este reclamo es acerca de algo que le pasó a (Por favor marque la casilla apropiada):**

Solo a mí                      A mí y a otras personas                      A otras personas, pero no a mí

**\*4. Por favor brinde el nombre de la agencia, organización o institución contra la cual presenta su reclamo. Si tiene alguna información de contacto para esa agencia, organización o institución, y/o si sabe el nombre de la persona quien usted cree lo discriminó, por favor brinde esa información también.** Si necesita más espacio para brindar toda la información por favor adjunte más paginas a este formulario.

---

*Nombre de la agencia, organización o institución	Número(s) telefónico	
Dirección física o postal	Correo electrónico	
Nombre de la persona que piensa que discriminó	Cargo o puesto de trabajo	Correo electrónico

**\*5. ¿Qué programa estuvo involucrado en la discriminación sobre la cual usted está reclamando?** Si usted no sabe el nombre del programa, y su reclamo involucra un Centro de Trabajo de los Estados Unidos (American Job Center) o una agencia gubernamental estatal o local, por favor marque "No lo sé".

- Workforce Investment Act y/o Workforce Innovation and Opportunity Act
- Programa Job Corps                      Programa para Trabajadores Adultos Mayores (Programa de Empleo en Servicio Comunitario para Adultos Mayores)
- Seguro de desempleo                      Programa Indio/Nativo Americano
- Servicio de Empleo o Trabajo                      Programa para trabajadores migrantes y agrícolas temporales
- Ley Trade Assistance Act                      Rehabilitación Vocacional
- Otro (¿Qué programa? \_\_\_\_\_ )
- American Job Center                      Gobierno local o estatal                      No lo sé

**\*6. ¿Cuál cree usted que fue el motivo (razón) para la supuesta discriminación?** Por favor marque todas las casillas al lado de todos los motivos (razones) que usted piensa fueron parte de la discriminación, y responda cualquier otra pregunta que corresponda a esa casilla. **En la siguiente pregunta, a usted se le pedirá que explique por qué marco cada casilla.**

**Debido a mi nacionalidad de origen** (Por favor responda las siguientes preguntas)

¿Es usted hispano o latino?                      Sí                      No

¿Cuál es su nacionalidad de origen? (¿De qué país vino usted, sus padres, sus abuelos, o sus antepasados?)

---

**Debido a mi habilidad limitada con el idioma inglés** (¿En qué lenguaje se comunica usted con más comodidad? Por ejemplo: español, croata, camboyano) \_\_\_\_\_

**Debido a mi raza** (Por favor responda las preguntas a continuación)

¿Cuál es su raza? (Seleccione todas las que apliquen)

- Blanco o caucásico                      Negro o afro americano                      Indio Americano o nativo de Alaska
- Nativo de Hawái u otra isla del pacífico                      Asiático

**Debido a mi sexo** (¿Cuál es su sexo? \_\_\_\_\_ )

**Debido a mi embarazo**

**Debido al color de mi piel** (¿Cuál es el color de su piel? \_\_\_\_\_ )

**Debido a mi religión** (¿Cuál es su religión? \_\_\_\_\_ )

**Debido a mi edad** (¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_ )

**Debido a mi afiliación política o creencias políticas**

(¿Cuál es su afiliación política o creencias políticas? \_\_\_\_\_ )

**Debido a mi discapacidad** (Por favor marque una de las siguientes tres casillas)

Tengo una discapacidad (que podría estar activa o inactiva en este momento).

(¿Cuál es su discapacidad? \_\_\_\_\_ )

Tengo historial de una discapacidad anterior. (¿Cuál fue su discapacidad pasada? \_\_\_\_\_ )

No tengo una discapacidad, pero la organización o programa me trata como si fuese discapacitado.

**Debido a mi ciudadanía** (¿Cuál es su ciudadanía? \_\_\_\_\_ )

**Debido a mi participación en un programa que recibe ayuda económica del gobierno federal**

(Nombre del programa \_\_\_\_\_ )

**Se tomaron represalias en mi contra (Represalia)** porque me quejé acerca de discriminación, o por que di una declaración o participé de alguna otra manera en el reclamo por discriminación de otra persona.

**\*7. Para cada una de los motivos (razones para la discriminación) que usted marcó anteriormente, por favor explique lo que pasó, cómo es que usted fue perjudicado por lo que ocurrió (o cómo alguien más fue perjudicado) y cómo o por qué piensa usted que lo que ocurrió fue debido a los motivos que usted indicó.** Por ejemplo, si usted seleccionó "Debido a mi raza", indique los hechos que explicarían cómo o por qué usted piensa que lo que ocurrió fue debido a su raza, o la raza de las personas que fueron perjudicadas. Si usted no explica por qué señaló un motivo en particular, podríamos rechazar esa parte de su reclamo.

Si otras personas o grupos fueron tratados de manera diferente que a usted (o que a las otras personas o grupos que usted piensa sufrieron la discriminación), por favor describa quién fue tratado de manera diferente, cómo su tratamiento fue diferente, y cómo el tratamiento diferente lo perjudicó (o a las otras personas quienes usted piensa fueron discriminadas). Por favor sea específico y breve. Brinde el nombre(s) e información de contacto de cualquier persona involucrada, si es que puede.

Si su respuesta no cabe en el espacio a continuación, por favor utilice más páginas para terminar su respuesta, y adjunte esas páginas a este formulario.

**\*8. ¿En qué fecha(s) ocurrió la supuesta discriminación?**

8A. Fecha de la primera acción: \_\_\_\_\_

8B. Fecha de la acción más reciente: \_\_\_\_\_

8C. Si la fecha de la acción más reciente fue hace más de 180 días, por favor explique por qué no presentó un reclamo antes.

---

**\*9. Por favor indique a continuación cualquier otra persona (testigos, compañeros de trabajo, supervisor, u otras personas) a quienes no haya mencionado aún, quienes podrían ser contactadas para brindar más información acerca de su reclamo. Agregue páginas adicionales si es que necesita más espacio para esta información.**

---

Nombre de la persona	Relación con el caso (testigo, compañero de trabajo, etc.)	Mejor momento para contacto a esta persona
----------------------	--	--

---

Número(s) de teléfono y/o dirección de correo electrónico donde podamos contactar a esta persona.

**10. ¿Ha presentado un reclamo ante alguien más, como la Comisión de Igualdad de Oportunidades de Empleo [EEOC, por sus siglas en inglés], o su Comisión Local de Relaciones/Derechos Humanos, acerca de los mismos eventos o acciones descritas en este Formulario de Información sobre un Reclamo? Si la respuesta es sí, por favor responda estas preguntas lo mejor que pueda acerca de cada agencia, departamento, organización o institución donde presentó el reclamo por escrito (utilice páginas adicionales si fuese necesario).**

10A. ¿Dónde y cuándo presentó su primer reclamo por escrito? Fecha en que lo presentó \_\_\_\_\_

---

Nombre específico de la oficina o agencia, departamento, organización o institución	Teléfono	Correo Electrónico
---	----------	--------------------

---

Dirección postal o física	Ciudad	Estado	Código postal
---------------------------	--------	--------	---------------

---

Nombre e información de contacto de la persona que está a cargo de su reclamo, si es que lo sabe.

10B. ¿El lugar donde usted presentó su reclamo inicialmente le ha dado una decisión final acerca del reclamo?      Sí      No

10C. Si la respuesta es sí, ¿Cuál fue la fecha de la decisión final? \_\_\_\_\_      ¿Se la dieron por escrito?      Sí      No

Incluya copias de decisiones por escrito, desestimaciones de causa, o cartas de derecho para demandar, o alguna otra respuesta por escrito que haya recibido con respecto a su reclamo.

**\*11. ¿Qué remedios o soluciones está pidiendo usted? Por ejemplo, obtener beneficios o entrenamiento que no recibió, cambios en las políticas, etc. POR FAVOR TOME EN CUENTA: la ley que el Departamento de Labor de Nebraska promueve no permite el pago por daños y perjuicios.**

**\*12.** Por favor firme y ponga la fecha en este formulario en el espacio en la parte de abajo que le corresponda. Además, debe leer el aviso en **la siguiente página con el título de “Cómo utilizamos su Información Personal”, y firme y ponga la fecha en el formulario de permiso**. El Departamento de Labor de Nebraska no puede aceptar un reclamo para realizar una investigación a menos que ambos documentos, Formulario de Información sobre un Reclamo y el Formulario de Permiso, hayan sido firmados.

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Por favor envíe el reclamo por correo postal o correo electrónico a:

Correo postal:           Equal Opportunity Officer  
                                  Nebraska Department of Labor  
                                  P.O. Box 94600  
                                  Lincoln, NE 68509

Correo electrónico:    **[EComplaints@nebraska.gov](mailto:EComplaints@nebraska.gov)**

**Ver la siguiente página para leer el aviso sobre “Cómo Utilizamos su Información Personal”.**

## Cómo Utilizamos su Información Personal

Hay dos leyes federales que rigen como es que se brinda la información personal a las agencias federales y estatales como el Departamento de Labor de Nebraska (NDOL, por sus siglas en inglés). Estas dos leyes son la Ley de Privacidad de 1970 [Privacy Act, por su nombre en inglés] (5 U.S.C. 552a) y la Ley de Libertad de Información [Freedom of Information Act, por su nombre en inglés] (5 U.S.C. 552), conocida como "FOIA". Este aviso describe cómo es que cada una de esas leyes aplican a la información con respecto a su reclamo. Por favor lea este aviso, firme el formulario de permiso en la próxima página y entregue el formulario de permiso al Departamento de Labor de Nebraska junto con su formulario de información de reclamo.

La Ley de Privacidad lo protege contra el uso inapropiado de la información personal que el gobierno federal tenga sobre usted. Esta ley aplica a las actas que el gobierno federal tenga sobre una persona y que pudiesen ser localizadas utilizando el nombre de la persona, número de seguro social, o algún otro sistema de identificación personal. Cualquiera que presente información personal al Departamento de Labor de Nebraska con respecto a un reclamo por discriminación debe saber lo siguiente.

1. El Departamento de Labor de Nebraska hace cumplir leyes sobre derechos civiles que cubren a las agencias de los gobiernos estatales y locales, programas realizados por el Departamento de Labor, personas que reciben asistencia económica del Departamento de Labor, y ciertas personas que reciben ayuda económica de agencias o departamentos federales ("entidades cubiertas"). El Departamento de Labor de Nebraska tiene la autoridad de investigar y tomar determinaciones sobre reclamos acerca de una entidad cubierta por la ley la cual haya cometido discriminación utilizando como base la raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, religión, afiliación o creencia política, ciudadanía, y participación en un programa o actividad que recibe asistencia económica bajo el Título I de la Ley de Inversión en la Fuerza Laboral de 1998 [WIA, por sus siglas en inglés] o el Título I de la Ley de Innovación y Oportunidad de la Fuerza Laboral de 2014. El Departamento de Labor de Nebraska además tiene la autorización para realizar revisiones de las entidades cubiertas para para evaluar si es que cumplen con las leyes de derechos civiles que promueve el Departamento de Labor de Nebraska.
2. La información recolectada por el Departamento de Labor de Nebraska es analizada por el personal autorizado dentro de la agencia. Esta información podría incluir actas del personal o algún otro tipo de información personal. El personal del Departamento de Labor de Nebraska podría necesitar revelar cierta información a personas fuera de la agencia en el transcurso de la verificación de hechos o al obtener nuevos hechos para desarrollar las bases para realizar una determinación de cumplimiento de los derechos civiles. Dichos detalles podrían incluir la condición física o edad del reclamante. El Departamento de Labor de Nebraska además podría requerir que se revele cierta información a cualquier individuo fuera de la agencia quien lo solicite bajo las provisiones de la Ley de Libertad de Información. (Ver a continuación)
3. La información personal será utilizada solamente para propósitos específicos para los cuales se presentó, es decir, para las actividades de cumplimiento e implementación autorizadas conforme a los derechos civiles. Excepto en los casos definidos por la regulación 29 C.F.R. Parte 71 del Departamento de Labor de Nebraska, conforme a la cual NDOL no divulgará la información a ninguna otra agencia o individuo a menos que la persona que brindó la información entregue un permiso por escrito. Una de estas excepciones ocurre cuando la divulgación de información es requerida bajo la Ley de Libertad de información. (Ver a continuación).
4. Ninguna ley requiere que el reclamante entregue información personal al Departamento de Labor de Nebraska, y no habrá ningún castigo impuesto al reclamante o cualquier otro individuo que rechace el pedido del Departamento de Labor de Nebraska. Sin embargo, si el Departamento de Labor de Nebraska no puede obtener la información necesaria para investigar las bases para las acusaciones de discriminación, podría ser necesario cerrar la investigación.
5. La Ley de Privacidad permite que ciertos tipos de sistemas de registros tengan una excepción a alguno de estos requerimientos, incluyendo las condiciones de acceso. Es la política del Departamento de Labor de Nebraska hacer cumplir su autoridad para dar una excepción a los sistemas de registros solamente en los casos más necesarios. El Departamento de Labor de Nebraska podría negar el acceso de un reclamante a las actas recolectadas durante la investigación de la agencia sobre el reclamo por violación de derechos civiles del reclamante contra una entidad cubierta por la ley. Las actas del reclamante tienen esa excepción a esta regulación para ayudar a las negociaciones entre las entidades cubiertas y el Departamento de Labor de Nebraska con el fin de resolver temas sobre los derechos civiles y para promover que las entidades cubiertas entreguen información esencial para la investigación.
6. El Departamento de Labor de Nebraska no revela los nombres o ninguna otra información de identidad personal de un individuo a menos que sea necesario para poder completar la investigación, o para las actividades de cumplimiento de la ley contra una entidad que haya violado dicha ley, o a menos que se requiera que dicha información sea divulgada conforme a la Ley de Libertad de Información o la Ley de Privacidad. El Departamento de Labor de Nebraska mantendrá la identidad de los reclamantes de manera confidencial, excepto cuando sea necesario divulgarla para realizar los propósitos conforme a las leyes de derechos civiles, o a menos que la divulgación sea requerida bajo la Ley de Información de Libertad, la Ley de Privacidad, o sea requerido de alguna otra manera por la ley.

**La LEY DE LIBERTAD DE INFORMACIÓN** otorga al público el acceso a ciertas actas y registros del Gobierno Federal. Los individuos pueden obtener artículos de muchas categorías de registros del Gobierno — no solo materiales que apliquen a las mismas personas. El Departamento de Labor de Nebraska debe aceptar las solicitudes bajo la Ley de Libertad de Información, con algunas excepciones. Generalmente, el Departamento de Labor de Nebraska no tiene la obligación de entregar documentos durante una investigación o proceso de cumplimiento de la ley, si es que la entrega de dichas actas pudiese tener un efecto adverso para que la agencia realice su trabajo. Además, cualquier agencia federal podría rechazar un pedido de entrega de actas recolectadas para el cumplimiento de la ley, si es que dicho pedido pudiese ser considerado una “Violación innecesaria de la privacidad” de un individuo. Las solicitudes para obtener otras actas, tales como actas del personal o médicas, podrían ser negadas cuando la divulgación de dichas actas sería una “clara violación innecesaria de la privacidad”.

**POR FAVOR LEA EL FORMULARIO DE PERMISO EN LA SIGUIENTE PÁGINA, FIRME LA SECCIÓN A O SECCIÓN B, Y ENTREGUE EL FORMULARIO FIRMADO AL DEPARTAMENTO DE LABOR DE NEBRASKA JUNTO CON SU FORMULARIO DE INFORMACIÓN SOBRE UN RECLAMO FIRMADO Y COMPLETO.**

# Formulario de Permiso

He leído el aviso del Departamento de Labor de Nebraska titulado "Cómo Utilizamos su Información Personal". Yo entiendo que las siguientes condiciones aplican a la información personal que yo entregué al Departamento de Labor de Nebraska con respecto a mi reclamo:

- El Departamento de Labor de Nebraska podría compartir mi identidad con el personal de la agencia, organización o institución nombrada en mi reclamo para poder obtener la evidencia o verificar los hechos relacionados al reclamo, o para completar los procesos de cumplimiento de ley en contra de la agencia, organización, o institución;
- Yo no tengo que revelar ninguna información al Departamento de Labor de Nebraska, pero el Departamento podría cerrar mi caso si es que no puede obtener la información necesaria para proceder o investigar completamente mi reclamo;
- Yo podría solicitar una copia de cualquier artículo de mi información personal que el Departamento de Labor de Nebraska mantenga en mi archivo de reclamo;
- Bajo ciertas condiciones, el Departamento de Labor de Nebraska podría ser requerido bajo la Ley de Libertad de Información u otras leyes vigentes a que divulgue mi información personal con otros.

---

## Sección A

SÍ, EL DEPARTAMENTO DE LABOR DE NEBRASKA PUEDE COMPARTIR MI IDENTIDAD SI ES QUE ESTO FUESE NECESARIO PARA INVESTIGAR COMPLETAMENTE MI RECLAMO. He leído y entendido el aviso de "Cómo Utilizamos su Información Personal" y doy mi permiso para que el Departamento de Labor de Nebraska pueda revelar mi identidad al demandado, si es que fuese necesario para investigar completamente mi reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

## Section B

NO, EL DEPARTAMENTO DE LABOR DE NEBRASKA NO PUEDE COMPARTIR MI IDENTIDAD CON EL DEMANDADO, INCLUSO SI ES QUE ESTO FUESE NECESARIO PARA INVESTIGAR COMPLETAMENTE MI RECLAMO. He leído y entendido el aviso de "Cómo Utilizamos su Información Personal" y entiendo que el Departamento de Labor de Nebraska podría cerrar mi caso si no puede obtener la información necesaria para investigar completamente mi reclamo sin revelar mi información al demandado. Por lo tanto, no otorgo permiso al Departamento de Labor de Nebraska para que revele mi identidad al demandado durante la investigación de mi reclamo.

\_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

\_\_\_\_\_  
Fecha

---

## FOR NDOL USE ONLY

CIF received by the NDOL

Accepted

Not Accepted

Case Number \_\_\_\_\_

By \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_