



FORMULARIO DE QUERRELA DE DISCRIMEN

Fecha: _____

Caso Número: _____

Nombre: _____

Apellido Paterno – Materno

Nombre

Inicial

Puesto: _____

Departamento: _____

Dirección: _____

Status:

Regular

Contrato

Transitorio

Número de Teléfono:

Correo electrónico: _____

Casa: () - Trabajo: () -

¿Cuál de las siguientes describe mejor la razón por la cual usted entiende que se llevó a cabo la discriminación? Fue por su:

Discrimen por Edad

Justicia Ambiental

Discrimen por Sexo

Limited English Proficiency (LEP)

Discrimen por Raza

Traslado

Discrimen por Color

Retribución

Discrimen por Origen

Clasificación

Discrimen por Religión

Cesantía

Discriminación por Afiliación Política

Servicio

Discriminación por Impedimento (ADA)

Persecución

Hostigamiento Laboral

Otros

¿Tiene Representación Legal? Sí No Nombre del Abogado/a: _____

Teléfono:	() - ext.	Fax:	() - ext.
Dirección:	_____		

Existen testigos presenciales de los hechos Si / No . Si marco sí, favor de llenar el siguiente encasillado:

NOMBRE	TELÉFONO	DEPARTAMENTO
1.	() -	
2.	() -	
3.	() -	
Si el testigo no es un empleado, favor de llenar la siguiente información:		
NOMBRE	TELÉFONO	DIRECCIÓN
	() -	
	() -	
	() -	

