

# Condado de Monterey



1441 Schilling Place, North Building  
Salinas, CA 93901

Tel: (831) 755-5117 • Fax: (831) 796-8521 • TTY (831) 759-5349

Correo Electrónico: [civilrights@co.monterey.ca.us](mailto:civilrights@co.monterey.ca.us)

## FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

**Instrucciones:** *Llene este formulario lo más completo posible. Si es necesario, puede adjuntar páginas adicionales. La Oficina de Derechos Humanos procesará su queja de acuerdo a sus procedimientos. Puede encontrar los procedimientos en nuestro sitio web o puede solicitar una copia en la Oficina de Derechos Humanos. Contáctenos si necesita ayuda para completar este formulario.*

**Está prohibido tomar represalias.** Las políticas del Condado de Monterey prohíben cualquier tipo de represalias en contra de aquellos que denuncian, se oponen a discriminación, o participan en una investigación de una supuesta violación a las normas. Esto incluye intimidación, amenazas, coerción o discriminación. Cualquier empleado involucrado en represalias será sujeto a acciones disciplinarias de acuerdo con las políticas del Condado. Si usted es sujeto de alguna represalia, infórmelo inmediatamente a la Oficina de Derechos Humanos.

### Su información

Nombre:

Dirección:

*Calle/ciudad/estado/código postal*

Correo Electrónico:

*A continuación, especifique toda su información y verifique los números telefónicos, la(s) hora(s) y el/los día(s) en el/los que prefiere que lo contacten:*

Teléfono de Casa

Teléfono de Trabajo

Teléfono Celular

8 a.m. - 10 a.m.

10 a.m. - 12 p.m.

1 p.m. – 3 p.m.

3 p.m. – 5 p.m.

Lunes

Martes

Miércoles

Jueves

Viernes

¿Necesitará un intérprete durante el proceso de queja?

Sí

No

*Si la respuesta es sí, indique qué idioma:*

**Afiliación con el Condado de Monterey** (*Marque la casilla más apropiada y proporcione la información requerida*)

Empleado Título/Posición:  
Departamento/División:  
Nombre de Supervisor:  
Título de Supervisor:

Candidato Puesto Solicitado:

Voluntario Departamento:

Vendedor/Trabajador de Contrato

Beneficiario de Servicio/Constituyente/Residente

**Causa de Presunta Discriminación/Acoso**

*Elija la(s) categoría(s) que crea que corresponden a la razón de la discriminación o acoso en su contra. Si cree que hay más de una causa, elija todas las categorías apropiadas.*

Edad (40 años o mayor)

Linaje/Ascendencia

Color de Piel

Negación de Permisos Médicos o Familiares (incluye cualquier caso relacionado con recién nacidos, hijos adoptivos temporalmente o no, cuidados personales o de un familiar inmediato con una condición médica seria)

Discapacidad (mental o física), incluidos VIH y SIDA

Identidad de Género y Expresión de Género

Género

Información Genética

Estado Civil

Condición Médica (cáncer y características genéticas)

Estado Militar y Condición de Veterano

País de Origen (incluye restricciones en el uso del lenguaje)

Raza

Creencias Religiosas (incluye vestimenta religiosa y costumbres)

Represalias

Sexo (incluye embarazo, dar a luz, amamantar y condiciones médicas relacionadas con el embarazo, parto o amamantamiento)

Acoso Sexual

Ambiente hostil

Chantaje (quid pro quo)

Orientación Sexual

Otra (especifique)

## **Información de la Persona Responsable de la Presunta Discriminación**

*(Use páginas adicionales para proporcionar información sobre cualquier otro(a) responsable de la presunta discriminación)*

### Persona 1

Nombre:

Título:

Departamento:

Teléfono:

Dirección:

Fecha del primer incidente:

Fecha del último incidente:

### Persona 2

Nombre:

Título:

Departamento:

Teléfono:

Dirección:

Fecha del primer incidente:

Fecha del último incidente:

## **Detalles del Incidente(s)**

*Explique la manera en la que se le discriminó, acosó o en la que se le negó un arreglo razonable para su discapacidad o condición médica.*

¿Reportó esta información anteriormente?

No

Sí *Si la respuesta es sí, a quién le declaró esta información:*

Nombre de la Agencia/Oficina/Persona:

Fecha de reporte:

A continuación, describa el resultado:

## Resolución de Queja

¿Qué le gustaría que el Condado hiciera como respuesta a su queja? ¿Cuál cree que es la solución ideal a su queja?

### Información de el/la Representante Quejoso(a):

¿Tiene algún abogado que haya aceptado representarlo en este asunto?

No

Sí *Si la respuesta es sí*, a continuación proporcione la información de su abogado:

Nombre del Abogado:

Nombre de la Oficina:

Dirección de la Oficina:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

Teléfono:

Correo Electrónico:

### Declaración de Confidencialidad

El Condado de Monterey no garantiza que las quejas permanecerán confidenciales después de comenzada la investigación, ya que el expediente puede ser sujeto a citación y es posible que se revelen o que el Condado lo divulgue voluntariamente si la queja termina en litigio. Bajo ciertas circunstancias, el expediente puede ser sujeto a citación por parte de la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo, una agencia federal, y el Departamento de Empleo y Vivienda Justos. Sin embargo, nuestra Oficina hará lo posible para mantener la confidencialidad de las quejas y los expedientes correspondientes, en la medida en que lo permita la ley.

### Derechos de el/la Quejoso(a)

Soy consciente de que puedo presentar esta queja ante la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo, el Departamento de Empleo y Vivienda Justos, u otras agencias federales o estatales. Soy consciente de que cada una de estas agencias tiene un requisito de prescripción extintiva y es mi responsabilidad cumplir con las leyes, regulaciones y los tiempos prescriptivos de cada agencia.

**Declaro que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

\_\_\_\_\_  
*Firma de el/la Quejoso(a)*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

## Información Demográfica

*Esta información es opcional y se usará sólo para propósitos estadísticos*

Idioma principal:

Edad:

Género:      Femenino      Masculino      Otro

## Grupo Etnico

### BLANCO

*(Sin origen hispano; todas las personas originarias de Europa, África del Norte o de Medio Oriente)*

### AFROAMERICANO

*(Sin origen hispano; todas las personas originarias de cualquier grupo racial de África)*

### HISPANO

*(Todas las personas de origen o cultura cubana, mexicana, puertorriqueña, de Centroamérica o Suramérica u otro origen o cultura española, sin importar la raza)*

### ASIÁTICO O ISLEÑO DEL PACÍFICO

*(Todas las personas con orígenes del extremo Oriente, sureste de Asia, del subcontinente indio, islas del Pacífico. Esta área incluye, por ejemplo, China, India, Japón, Corea, las Islas Filipinas y Samoa)*

### INDÍGENA AMERICANO O NATIVO DE ALASKA

*(Todas las personas con orígenes en el Norte de América y que se identifican culturalmente a través de un origen tribal o reconocimiento comunitario)*

**Discapacidad(es)** *(marque todas las opciones que apliquen)*

SIDA o VIH

Sangre/Circulación

Cerebro/Nervios/Músculos

Digestivo/Urinario/Reproductivo

Audición

Corazón

Extremidades (brazos/piernas)

Mental

Vista

Habla/Respiración

Espinal/Espalda/Respiración

Otra discapacidad