

DEMANDA POR PRESUNTA DISCRIMINACIÓN

Información del demandante:

Tenga la amabilidad de completar cada punto que corresponda y de enviar este formulario lo antes posible luego del incidente de presunta discriminación o acoso a:

OFFICE OF EQUAL OPPORTUNITY
E.O. Complaint Unit
65 Court Street – Suite 1102
Brooklyn, NY 11201
Teléfono: 718-935-3320
Fax: 718-935-2531

➤ **Una demanda se debe presentar dentro del plazo de un año a partir de la fecha del suceso que da base a la misma.**

➤ Por favor **escriba con letra clara** toda la información solicitada.

➤ En caso de ser necesario, adjunte páginas auxiliares y documentación probatoria.

Marque lo que corresponda (): Empleado Estudiante Padre Postulante a un empleo Otra

Nombre: _____ Cargo: _____

*Nombre del estudiante: _____

(* Si el padre/madre es quien entabla la demanda)

Domicilio particular: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal (Zip): _____

N.º de Teléfono Particular: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Información de la persona a cargo:

Nombre del director o de la persona a cargo: _____
Cargo: _____
Escuela/oficina/distrito: _____
Domicilio de la sede: _____
Teléfono de la sede: _____

(continúa)

Tipo de demnada:

1. Marque a continuación por qué cree que se lo discriminó.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Unión civil |
| <input type="checkbox"/> Estatus de extranjería o ciudadanía | <input type="checkbox"/> Predisposición genética |
| <input type="checkbox"/> Arresto/condena | <input type="checkbox"/> Raza |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Religión |
| <input type="checkbox"/> Credo | <input type="checkbox"/> Represalia (por presentar un reclamo de discriminación) |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Acoso sexual |
| <input type="checkbox"/> Etnia/nacionalidad de origen | <input type="checkbox"/> Inclinción sexual |
| <input type="checkbox"/> Género/sexo | <input type="checkbox"/> Estatus como víctima de violencia doméstica, agresiones sexuales o seguimiento obsesivo |
| <input type="checkbox"/> Estado civil | <input type="checkbox"/> Peso (para alumnos solamente) |
| <input type="checkbox"/> Estatus militar | |

2. Nombre(s) completo(s) y cargo(s) de la(s) persona(s) que usted cree que lo discriminó.

1. Nombre: _____	1. Cargo: _____	2. Nombre: _____	2. Cargo: _____
3. Nombre: _____	3. Cargo: _____	4. Nombre: _____	4. Cargo: _____

3. ¿Dónde ocurrió?

4. Fecha(s) en que ocurrió la presunta discriminación.

Mes _____ Día _____ Año _____ Mes _____ Día _____ Año _____

Mes _____ Día _____ Año _____ Mes _____ Día _____ Año _____

5. Explique lo que ocurrió

(de haberlos cite nombres y evidencia, y en caso de ser necesario, adjunte páginas auxiliares).

6. ¿Qué resarcimiento o acción correctiva pretende?

Firma: _____

Fecha: _____