

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 & DIVERSITY MANAGEMENT
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 fundamento a la misma. Sin embargo, quejas presentadas por padres y/o en nombre de estudiantes no están sujetas al límite de un año.**

➤ Este formulario lo deben usar el (los) individuo(s) que están presentando una denuncia así como también el (los) individuo(s) que reportan una queja en nombre de un empleado o un estudiante.

➤ Por favor **escriba claramente en letra de imprenta** toda la información solicitada.

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

Marque (☑) Uno: Empleado Estudiante Padre Solicitante de Empleo Otros
 Denunciante

Su nombre: _____ Su cargo: _____

*Nombre del estudiante: _____
(*si corresponde)

Domicilio particular: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número telefónico En el hogar: _____ Celular: _____ Trabajo: _____

Información de la persona a cargo:

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

Tipo de demanda:

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Estatus de unión civil (no se aplica a los estudiantes) |
| <input type="checkbox"/> Estatus de extranjería o ciudadanía | <input type="checkbox"/> Predisposición genética (no se aplica a los estudiantes) |
| <input type="checkbox"/> Arresto/Condena (no se aplica a los estudiantes) | <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/Origen nacional | <input type="checkbox"/> Inclínación sexual |
| <input type="checkbox"/> Género o sexo | <input type="checkbox"/> Estatus como víctima de violencia doméstica, agresiones sexuales o seguimiento obsesivo (no se aplica a los estudiantes) |
| <input type="checkbox"/> Estado civil (no se aplica a los estudiantes) | <input type="checkbox"/> Peso (para alumnos solamente) |
| <input type="checkbox"/> Estatus militar (no se aplica a los estudiantes) | <input type="checkbox"/> Estatus de desempleo (sólo para los solicitantes) |

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

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

3. ¿Dónde ocurrió? En instalaciones de la escuela Fuera de la escuela En la Oficina Central

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 (si los hubiera, cite nombres y la evidencia, y en caso de ser necesario, adjunte páginas auxiliares).

6. ¿Qué resarcimiento o acción correctiva busca?
