

FORMULARIO DE DENUNCIA POR DISCRIMINACIÓN

CONDADO DE SANTA CLARA – DIVISIÓN DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES

Confidencialidad: El condado de Santa Clara no puede garantizar la confidencialidad de las denuncias una vez iniciada una investigación, ya que los registros de la División de Igualdad de Oportunidades (EOD) están sujetos a citación y a la posible presentación de pruebas si el caso llega a litigio, y pueden ser objeto de citación de la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC), una agencia federal o el Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (DFEH) de California. Sin embargo, nuestra oficina tomará las medidas necesarias para limitar la divulgación y mantener la confidencialidad de las denuncias y de las personas involucradas en el proceso de denuncia.

NOMBRE del DENUNCIANTE _____ Empleado Solicitante Cliente/paciente

Puesto _____ Período con el condado _____ Correo electrónico _____

Ubicación laboral _____ Departamento _____
Supervisor _____

Número de id. del empleado _____

Método de contacto preferido (correo electrónico personal o laboral, tel. laboral o personal/celular): _____

Dirección particular: _____

Teléfono: Laboral _____ Personal _____ Celular _____

CREO QUE HE SIDO DISCRIMINADO/ACOSADO DEBIDO A MIS CARACTERÍSTICAS REALES O PERCIBIDAS:

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Edad (40 años o más) | <input type="checkbox"/> Afección médica | <input type="checkbox"/> Raza |
| <input type="checkbox"/> Ascendencia | <input type="checkbox"/> Características genéticas | <input type="checkbox"/> Represalias* |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Nacionalidad | <input type="checkbox"/> Creencia religiosa |
| <input type="checkbox"/> Cultura | <input type="checkbox"/> Identidad/expresión de género | <input type="checkbox"/> Sexo/género |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Creencia política | <input type="checkbox"/> Acoso sexual |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Orientación sexual | <input type="checkbox"/> Afiliación a una organización |
| <input type="checkbox"/> Estado civil | <input type="checkbox"/> Condición de militar/veterano | <input type="checkbox"/> Licencia por motivos médicos o cuidado de un familiar |
| <input type="checkbox"/> Asociación con cualquier persona de cualquiera de los grupos anteriores | | |

* Si marcó "Represalias", marque qué actividad protegida anterior realizó:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Presenté una denuncia previa por discriminación. | <input type="checkbox"/> Participé en una investigación por discriminación. |
| <input type="checkbox"/> Licencia por motivos médicos o cuidado de un familiar | <input type="checkbox"/> Adaptaciones razonables |

ACUSACIONES CONTRA: _____ Puesto _____

Teléfono: Laboral _____ Celular _____

Ubicación laboral _____ Departamento _____

Supervisor _____ Director del Departamento _____

Como resultado de la categoría (casilla) marcada arriba, se tomaron las siguientes medidas en mi contra. Indique FECHA, UBICACIÓN, DETALLES del INCIDENTE (cuándo, dónde, qué, cómo, frecuencia, testigos, a quién se lo dijo, etc.). Adjunte páginas adicionales si fuera necesario.

REPARACIÓN SOLICITADA POR EL DENUNCIANTE:

Si reúne los requisitos, ¿estaría interesado en un proceso de resolución de conflictos?

Sí No Posiblemente, con más información.

Firma del denunciante _____ Fecha _____

Envíe el formulario completo a la siguiente dirección:

Equal Opportunity Division
70 West Hedding Street, East Wing, 9th Floor
San Jose, CA 95110
(EOD mail to 9th floor; office location on 3rd floor)
Teléfono: (408) 993-4840 Fax: (408) 993-4849
Correo electrónico: EOD@eod.sccgov.org