

Forma De Reclamo

Numero de caso _____

La Universidad de Stony Brook, La oficina de Diversidad y Acción Afirmativa

Formulario de Información y Reclamo

Nombre: _____ Fecha: _____

Dirección: _____

Numero de telefono(dia): _____ Numero de telefono (noche): _____

¿Podemos contactarlo en el trabajo? Sí No

Empleado del estado Empleado de RF

Estudiante (no graduado) Estudiante (graduado)

1. Por favor indique su:

Fecha de nacimiento: _____ Sexo: _____

Religión: _____

Raza/Etnica: _____ Estado civil: _____

Título de trabajo: _____ Fecha que fue empleado: _____

Grado de educación completado: _____

Departamento en que trabaja: _____

Nombre de supervisor y el título:

2. Nombre(s) y título de la persona(s) que presuntamente a discriminado contra usted.

Ellos son: Estudiante Asistente graduado/asistente de professor Facultad

3. ¿Que le hicieron que usted cree fue injusto? (marque todo que aplique):

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Negado grado justo | <input type="checkbox"/> Negado acceso a programs | <input type="checkbox"/> Negado comodidad |
| <input type="checkbox"/> Negado pago justo | <input type="checkbox"/> Negado tratamiento justo | <input type="checkbox"/> Negado empleo |
| <input type="checkbox"/> Negado entrenamiento | <input type="checkbox"/> Negado Promocion | <input type="checkbox"/> Lo han despedido |
| <input type="checkbox"/> Han terminado su empleo | <input type="checkbox"/> Forcado su reginación/ jubilación | |
| <input type="checkbox"/> Lo han sometido a un ambiente de trabajo hostil | | |
| <input type="checkbox"/> Otra razón: _____ | | |

4. ¿Le a dado usted razón para justificar lo que le han hecho.? ¿Cuál fue la razón?

5. ¿Cuál cree usted que es la razón verdadera? Discriminación a causa de

- | | | |
|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Su creencia religiosa/credo | <input type="checkbox"/> Género | <input type="checkbox"/> Edad |
| <input type="checkbox"/> Nación de origen/ascendencia | <input type="checkbox"/> Raza/Color | <input type="checkbox"/> Condición física/mental/discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Estado civil | <input type="checkbox"/> Orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Discriminación Opuesta | <input type="checkbox"/> Acoso sexual | |
| <input type="checkbox"/> Otra razón (explique): _____ | | |

***Nota: Si usted no cree que la razón es discriminación, por favor informe al especialista de acción afirmativa.**

6. Caso de impedimentos: ¿Que es su impedimento? _____

7. ¿Pidió usted ajustes razonables? Sí No ¿ Cual fue la ajuste razonable ?

8. La fecha del primero incidente de discriminación:

9. La fecha del incidente de discriminación mas reciente :

10. ¿Ha llenado otro reclamacion con otra agencia, corte, o departamento en referencia de este mismo caso?

11. Describa todo lo que ocurrió que usted siente fue discriminación. Incluya todo evento, fecha, nombres y títulos de todos los participantes :

12. ¿Puso una reclamacion? _____ A quien? _____

13. ¿Cuándo puso la reclamacion? _____

14. ¿Alguien mas fue tratado de la misma manera que usted fue tratado?

Nombre Título Raza/ Etnica Edad Género

15. ¿Alguien fue testigo de este tratamiento al que usted fue sujeto ?

Nombre Título Numero de Telefono De que fueron testigo?

16. ¿Es miembro de una unión? Sí No Lleno un reclamo con la unión? Sí No

CSEA PEF UUP Council 82 GSEU NYCOBA

17. ¿Cual es su salario? _____

18. ¿Tiene documentos que apoye su caso? Sí No ¿ Que son y los tiene usted ?

19. ¿Que a perdido como resultado de lo que le a pasado? (salario, benecifios, etc.)

20. ¿Que remedio razonable busca? _____

Yo afirmo que a leido los alegatos arriba y que a mi mejor conocimiento todo es cierto. La Oficina de Diversidad y Acción Afirmativa y el reclamante estan de acuerdo que todo la información reunida es relativa a los alegatos de discriminación y es en confianza. Sin embargo, con el consentimiento del reclamante la Oficina de Diversidad y Acción Afimativa, puede dar información relativa al reclamo al personal de la Universidad cuando sea necesario.

Estoy aconsejado que es una infracción Estatal y Federal tomar represalias contra un individuo por la razón que ellos han llenado una reclamo de discriminación. Si yo soy subjetido a una acción (medidas) adversa que yo siento es represalia, yo le informare a la Oficina de Diversidad y Acción Afirmativa.

Me han aconsejado que al llenar una reclamación interna con la Oficina de Diversidad y Acción Afimativa no renuncio mi derecho a llenar un reclamo formal de descriminación ilegal con la Division de Derechos Humanos del el Estado de Nueva York, La Comision de Igualdad de Oportunidades de Empleo, corte federal, o corte de estado.

Además, me han aconsejado que llenando un reclamo interno no afecta el estatutes de limitacion exponido dentro de la ley federal y del estado. Estoy enterado que si lleno una reclamo verificada con una agencia externa, tengo 180 dias dentro la ocurencia del presunto incidente para llenar un reclamo con el EEOC y tengo 365 dias del presunto incident para llenar un reclamo con La Division de los Derechos Humanos en el Estado de Nueva York.

Fecha

Firma de el reclamante

Para uso de la oficina:

--

* Observe por favor que esta póliza y la información contenida no constituye asesoramiento leagal. Si usted requiere asesoramiento legal, consulte a un abogado.

Revisado 3/04