

Estado de Nueva York División de Derechos Humanos

Formulario de Querella

La División de Derechos Humanos investiga la discriminación basada en:

- **Edad** (*si usted tiene al menos 18 años*)
- **Historial de arrestos** (*incluyendo juicios por delincuencia juvenil o registros sellados*)
- **Historial de condenas**
- **Credo/Religión** (*creencia o práctica religiosa*)
- **Discapacidad** (*un impedimento físico o mental*)
- **Condiciones relacionadas con el embarazo**
- **Estado como víctima de violencia doméstica**
- **Estado familiar** (*si usted está embarazada o tiene niños menores de 18 años en su hogar*)
- **Fuente de ingresos en materia de vivienda** (*Las fuentes de ingresos lícitas incluyen, pero no se limitan a manutención infantil, pensión alimenticia o manutención del cónyuge, subsidios de crianza temporal, beneficios de seguridad social, asistencia pública federal, estatal o local, asistencia para vivienda federal, estatal o local, cualquier otra forma de ingresos lícita*)
- **Identidad o expresión de género** (*La identidad o expresión de género se refiere a la identidad, la apariencia, la conducta, la expresión u otro tipo de característica relacionada con el género de una persona, ya sean reales o percibidas, independientemente del sexo asignado a esa persona al nacer, lo que incluye, entre otros, la condición transgénero*)
- **Predisposición genética** (*información de una prueba genética*)
- **Hostigamiento de empleados domésticos** (*si usted ha sido víctima de hostigamiento sexual por su género, raza, origen nacional o religión y trabaja como empleado en la residencia de otra persona con el propósito de ejercer funciones de mantenimiento, cuidado de niños o adultos o cualquier otra función doméstica*)
 - FAVOR DE MARCAR AQUÍ SI USTED ES UN EMPLEADO DOMÉSTICO
- **Estado civil** (*soltero, casado, separado, divorciado, viudo*)
- **Estado militar** (*incluyendo las reservas militares*)
- **Nacionalidad** (*el país donde usted nació o donde nacieron sus antepasados*)
- **Raza/Color** (*porque usted es asiático, negro, indio, blanco, etc.; incluyendo etnia*)
- **Represalias** (*si su empleador tomó medidas en su contra porque usted se quejó o se opuso a una práctica discriminatoria, o participó en una investigación de discriminación*)
- **Sexo** (*el hecho que usted es hombre o mujer, estereotipos sexuales, acoso sexual, o discriminación por su embarazo*)
- **Orientación sexual** (*heterosexual, homosexual, bisexual, asexual, o percibida*)

La División investiga una querella solamente si la discriminación está basada en una o más de las razones mencionadas arriba. La División no puede investigar ningún tipo de tratamiento injusto que no tenga que ver con una de estas razones. Si no hay nada en esta lista que se aplique a su situación, favor de ponerse en contacto con la División de Derechos Humanos para hablar con un miembro del personal.

Estado de Nueva York División de Derechos Humanos Formulario de Querella

Instrucciones

Si quiere presentar una querella en la División de Derechos Humanos:

- 1) Favor de llenar este formulario completamente, contestando todas las preguntas. Si usted lo completa en computadora, imprima el formulario cuando termine. **No podrá guardar el formulario completado.** Si es posible, favor de escribir a máquina. Si está escribiendo a mano, favor de escribir en letra de molde.

- 2) Después de llenar el formulario, fírmelo ante a un notario público y haga que lo certifique (vea la página 7). Póngase en contacto con nuestra oficina si tiene preguntas acerca de los notarios. Se puede conseguir servicio de notario gratis en cualquiera de nuestras oficinas.

- 3) Adjunte copias de cualquier documento que usted cree que va a ayudar a la División a investigar su caso (recibo de pago, carta de despido, evaluación de desempeño, aviso de acción disciplinaria, etc.).

- 4) Devuelva el formulario a la oficina regional más cerca de usted (vea la página 10).

- 5) Guarde una copia de su querella, y copias de cualquier documento que usted haya presentado para sus propios registros.

No dude en visitar nuestro sitio web: www.dhr.ny.gov

Para más información o asistencia para llenar el formulario, favor de llamar a una de nuestras oficinas (vea la página 10) para hablar con un empleado o hacer una cita para hacer una visita en persona.

Estado de Nueva York División de Derechos Humanos Formulario de Querrela

INFORMACIÓN PERSONAL

Mi información personal:

Nombre: _____

Dirección: _____ # de Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

ÁREAS REGULADAS

Creo que fui discriminado en el área de:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Institución Educativa | <input type="checkbox"/> Cuerpos de Bomberos Voluntarios |
| <input type="checkbox"/> Adiestramiento como Aprendiz | <input type="checkbox"/> Boicot / Lista Negra | <input type="checkbox"/> Crédito |
| <input type="checkbox"/> Lugares Públicos
(Restaurantes, tiendas, hoteles, cines, parques de atracciones, etc.) | <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Sindicato Laboral, Agencia de Empleo |
| <input type="checkbox"/> Espacio Comercial | | <input type="checkbox"/> Prácticas Profesionales |

Presento una queja contra:

Nombre de Compañía: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____
(código de área)

Personas individuales que me discriminaron:

Nombre: _____ Nombre: _____

Título: _____ Título: _____

FECHA EN QUE OCURRIÓ LA DISCRIMINACIÓN:

El acto de discriminación más reciente ocurrió en: _____
Mes Día Año

EMPLEADOS DOMÉSTICOS



Favor de contestar las preguntas en esta página **solamente si usted es un empleado doméstico**. Si usted no es un empleado doméstico, favor de pasar esta página y continuar en la siguiente.

La Ley de Derechos Humanos lo protege si usted ha sido víctima de hostigamiento sexual o ha sido hostigado por su género, raza, origen nacional o religión y trabaja como empleado en la residencia de otra persona con el propósito de ejercer funciones de mantenimiento, cuidado de niños o adultos o cualquier otra función doméstica.

¿Vive usted en la residencia de su empleador? Sí No

Si la contestación es Sí, favor de asegurarse de llenar la información en la página 11 e incluya el nombre de alguna persona que no viva con usted pero que pueda contactarlo en caso de que la División necesite dar con su paradero.

¿Qué hizo la persona contra la cual está presentando una querrela?

Favor de marcar todas las que aplican.

- Hostigarme por mi raza, color u origen nacional
- Hostigarme por mi religión
- Hostigarme por mi género o sexo
- Hostigarme sexualmente

Otras protecciones para Empleados Domésticos:

Como empleado doméstico usted también tiene los siguientes derechos:

- Salario mínimo (el salario por hora más bajo estipulado por ley)
- Día de descanso (la cantidad de tiempo libre que debe tener semanalmente)
- Vacaciones pagadas (la cantidad de tiempo a la que tiene derecho anualmente)
- Pago por horas extra (dinero adicional que usted recibe por trabajar horas extra)
- Beneficio de discapacidad (pagos si usted no puede trabajar por enfermedad o lesiones)

Si usted tiene alguna pregunta acerca de estos temas favor de contactar al:

New York State Department of Labor

(518) 457-9000
(888) 4-NYSDOL / (888-469-7365)
TTY/TDD (800) 662-1220
www.labor.ny.gov



Quando termine de contestar estas preguntas favor de pasar a la Página 8.

BASE DE DISCRIMINACIÓN

Díganos la razón por la que usted fue discriminado, marcando una o más de las casillas de abajo.

No es necesario proveer información para cada tipo de discriminación en esta lista. Antes de marcar una casilla, asegúrese que la está marcando solamente si usted cree que ese fue el motivo de la discriminación. Vea la lista en la página 1 para una explicación de cada tipo de discriminación.

Atención: Algunos tipos de discriminación en esta lista no aplican a todas las áreas reguladas en la lista en la página 3 (Por ejemplo, Historial de Condena aplica solamente a querellas de Empleo y Crédito, y Estado como Víctima de Violencia Doméstica es una base de discriminación solamente en las querellas de Empleo). Estas excepciones están incluidas al lado de los tipos de discriminación listados abajo.

Creo que fui discriminado debido a mi:

<input type="checkbox"/> Edad (No aplica a Lugares Públicos) Fecha de Nacimiento:	<input type="checkbox"/> Predisposición Genética (Solamente Empleo) Favor de especificar:
<input type="checkbox"/> Historial de Arrestos (Solamente Empleo, Otorgamiento de Licencia, y Crédito) Favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Estado Civil Favor de especificar:
<input type="checkbox"/> Historial de Condenas (Solamente Empleo y Crédito) Favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Identidad o Expresión de Género: Favor de especificar:
<input type="checkbox"/> Credo / Religión Favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Nacionalidad Favor de especificar:
<input type="checkbox"/> Discapacidad Favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Raza / Color o Etnia Favor de especificar:
<input type="checkbox"/> Identidad o expresión de género	<input type="checkbox"/> Fuente legal de ingresos
<input type="checkbox"/> Condiciones relacionadas con el embarazo Favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Sexo Favor de especificar: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Hostigamiento Sexual
<input type="checkbox"/> Estado como Víctima de Violencia Doméstica: (Solamente Empleo) Favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Orientación Sexual Favor de especificar:
<input type="checkbox"/> Estado Familiar (No aplica a lugares públicos o instituciones educativas) Favor de especificar:	<input type="checkbox"/> Estado Militar: Favor de especificar:
<input type="checkbox"/> Represalias Favor de especificar:	

Antes de pasar a la próxima página, favor de leer la lista y comprobar que usted dio información **solamente** para el tipo de discriminación que tiene que ver con su querella.

DISCRIMINACIÓN EN VIVIENDA

Favor de contestar las preguntas en esta página solamente si usted fue discriminado en el área de vivienda. Si no, favor de pasar a la próxima página.

¿Quién discriminó contra usted?

- Constructora Un banco u otro prestamista Gerente / Encargado
 Dueño Vendedor Otra: _____
 Junta de Cooperativa Asociación de viviendas

¿Cuál tipo de propiedad fue?

- Vivienda unifamiliar Casa Rodante Edificio con 2-4 apartamentos
 Vivienda de dos familias Espacio Comercial Edificio con 5 o más apartamentos
 Otra: _____

¿Vive el dueño en la propiedad? Sí No

¿La propiedad estaba disponible para venta o alquiler?

- Venta Alquiler

Dirección de la propiedad:

Dirección: _____ Apt o Piso #: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

¿Vive usted en la propiedad actualmente? Sí No

ACTOS DE DISCRIMINACIÓN

**¿Qué hicieron las personas o la compañía que usted alega han discriminado en su contra?
Favor de indicar todas las que apliquen.**

- Se negaron a alquilarme o a venderme una vivienda
 Me echaron de mi casa / amenazaron con echarme de mi casa
 Me negaron acceso o modificaciones para mi discapacidad
 Se me negaron los mismos términos, condiciones, privilegios, o instalaciones que fueron dados a otros inquilinos
 Me discriminaron en el otorgamiento de préstamos o financiación
 Los anuncios eran discriminatorios
 Me acosaron por mi sexo, nacionalidad, raza, discapacidad, etc.
 Otro: _____

CERTIFICACIÓN NOTARIAL DE LA QUERELLA

Basado en lo anterior, yo acuso al Demandado antes mencionado de practicar un acto ilegal de discriminación, que viola la Ley de Derechos Humanos del Estado de Nueva York.

Al llenar esta querella, usted también está presentando una querella de empleo con la Comisión de Igualdad de Oportunidades de Empleo (Equal Employment Opportunity Commission) bajo el Acta de Americanos con Discapacidades (cubre discapacidades relacionadas con empleo), Título VII del Acta de Derechos Civiles de 1964, según enmendadas (cubre raza, color, religión, origen nacional, sexo con referencia al empleo) y/o el Acta de Discriminación por Edad, según enmendada (cubre individuos de 40 años o más en empleo), o llenando su querella sobre vivienda o crédito con HUD bajo el Título VIII del Acta Federal de Vivienda Justa, según enmendada (cubre actos de discriminación en vivienda), según aplique. Esta querella protegerá sus derechos bajo la Ley Federal

Por la presente autorizo a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York a aceptar esta querella a nombre de la Comisión Federal de Igualdad en el Empleo (U.S. Equal Employment Opportunity Commission), sujeto a las limitaciones establecidas por la ley contenidas en la ley antes mencionada y/o a aceptar esta querella a nombre del Departamento Federal De Vivienda y Desarrollo Urbano (U.S. Department of Housing and Urban Development) para ser revisada y presentada por ellos, sujeto a las limitaciones establecidas por la ley contenidas en la ley antes mencionada.

Yo no he iniciado ningún otro proceso civil, ni tengo ningún proceso pendiente ante una agencia administrativa, bajo ninguna ley estatal o local, basada en esta misma práctica discriminatoria.

Juro bajo pena de perjurio que soy el querellante aquí mencionado; que he leído (o me fue leída) la querella previa, que conozco el contenido de esta querella y que lo previamente expuesto es cierto y correcto, basado en mi conocimiento, información y creencia actual.

Firme su nombre legal completo

Subscrito y juramentado ante mí
Este día de , 20

Firma del notario público

Condado:

Comisión expira:

Atención: Una vez llene y firme este formulario ante un notario público y lo envíe a la División, el formulario se convierte en un documento legal y una querella oficial con la División de Derechos Humanos. Después de aceptar su querella, la División mandará este formulario a la compañía o a las personas que usted alega que han discriminado en su contra.

Oficinas de la División de Derechos Humanos

Para ponerse en contacto con la División, favor de buscar la oficina más cercana a usted.

Oficina Central:

NYS Division of Human Rights
One Fordham Plaza, 4th Floor
Bronx, NY 10458

Albany

NYS Division of Human Rights
Agency Building 1, 2nd Floor
Empire State Plaza
Albany, New York 12220
Telephone No. (518) 474-2705

Binghamton

NYS Division of Human Rights
44 Hawley Street, Room 603
Binghamton, New York 13901
Telephone No. (607) 721-8467

Brooklyn

NYS Division of Human Rights
55 Hanson Place, Room 304
Brooklyn, New York 11217
Telephone No. (718) 722-2856

Buffalo

NYS Division of Human Rights
The Walter J. Mahoney State Office Bldg.
65 Court Street, Suite 506
Buffalo, New York 14202
Telephone No. (716) 847-7632

Long Island (Nassau)

NYS Division of Human Rights
50 Clinton Street, Suite 301
Hempstead, New York 11550
Telephone No. (516) 539-6848

Long Island (Suffolk)

NYS Division of Human Rights
New York State Office Building
250 Veterans Memorial Highway, Suite 2B-49
Hauppauge, New York 11788
Telephone No. (631) 952-6434

Manhattan (Upper)

NYS Division of Human Rights
Adam Clayton Powell State Office Building
163 West 125th Street, 4th Floor
New York, New York 10027
Telephone No. (212) 961-8650

Rochester

NYS Division of Human Rights
One Monroe Square
259 Monroe Avenue, Suite 308
Rochester, New York 14607
Telephone No. (585) 238-8250

Syracuse

NYS Division of Human Rights
333 E. Washington Street, Room 543
Syracuse, New York 13202
Telephone No. (315) 428-4633

White Plains

NYS Division of Human Rights
7-11 South Broadway, Suite 314
White Plains, New York 10601
Telephone No. (914) 989-3120

Office of Sexual Harassment Issues

NYS Division of Human Rights
55 Hanson Place, Room 900
Brooklyn, New York 11217
Telephone No. (718) 722-2060

INFORMACIÓN ADICIONAL

Las próximas tres páginas son para los registros de la División y **no serán enviadas** con el resto del formulario de querrela.

Información Personal

Mi número telefónico primario:

(código de área) _____
____ número de mi casa
____ número de mi trabajo
____ número celular
____ otro: _____

Mi número telefónico secundario:

(código de área) _____
____ número de mi casa
____ número de mi trabajo
____ número celular
____ otro: _____

Mi correo electrónico: _____

Últimos cuatro dígitos de mi número de Seguro Social (SSN): _____

Persona de contacto (*alguien que no viva con usted pero que sepa cómo ponerse en contacto con usted en caso de que la División no pueda contactarlo*):

Nombre: _____

Numero de teléfono: _____
(código de área)

¿Cuál es su relación con esta persona?: _____

Necesidades Especiales

Yo necesito: a) Un traductor (*si es así, ¿de cuál idioma?*): _____

b) Ajuste razonable para mi discapacidad: _____

c) Otro: _____

Acuerdo / Resolución:

Para resolver esta querrela, yo aceptaría: (*Favor de explicar lo que usted quiere que suceda como resultado de esta querrela. ¿Quiere una carta de disculpas, quiere que le devuelvan su trabajo, quiere sueldo perdido, quiere poner un fin al hostigamiento, etc.?*)

Testigos:

Las siguientes personas vieron u oyeron la discriminación y pueden servir de testigos:

Nombre: _____ Titulo: _____

Número de teléfono: _____

¿Cuál es su relación con esta persona?: _____

¿Qué presenció esta persona?: _____

Nombre: _____ Titulo: _____

Número de teléfono: _____

Numero de teléfono: _____

¿Cuál es su relación con esta persona?: _____

¿Qué presenció esta persona?: _____

Nombre: _____ Titulo: _____

Número de teléfono: _____

¿Cuál es su relación con esta persona?: _____

¿Qué presenció esta persona?: _____

Si usted tiene más testigos, favor de escribir sus nombres e información en otra hoja de papel y adjúntela a este formulario. No escriba en la parte de atrás de este formulario.

Detalles Adicionales:

¿Usted reportó o se quejó del trato discriminatorio con alguna otra persona?

(Si usted le informó a alguien, llenó un reporte o envió una carta acerca del trato discriminatorio, favor de indicar si usted se quejó con un supervisor, un gerente, el dueño de la compañía, su oficina de recursos humanos/sección de personal, su sindicato, su proveedor de vivienda, la policía, etc.).

La fecha en que reporté o me quejé del trato discriminatorio fue: _____
Mes Día Año

Favor de explicar exactamente cómo usted se quejó del trato discriminatorio:

(¿A quién le habló al respecto? ¿A quién reportó la situación o presentó una queja formal por escrito o una queja con su sindicato? ¿Qué dijo usted?)

¿Qué sucedió después de que se quejó:

*(¿Su queja fue investigada? ¿Tomaron medidas para resolver la situación en respuesta a su queja?
¿Pusieron fin a la discriminación? ¿Tomaron represalias en su contra en respuesta a su queja?)*

Si usted no reportó la discriminación favor de explicar porqué:

¿La persona a quien usted está acusando en la querrela lo tocó, le hizo daño o lo lastimó?

Sí No

Ejemplos de otras personas que fueron discriminadas en la misma manera que usted:

(Por ejemplo, las personas que fueron hostigadas por el mismo jefe, que fueron sancionadas o despedidas por la misma razón, que no recibieron una modificación razonable por la misma razón, etc.). Si usted alega que fue discriminado por su raza, nacionalidad, edad, religión, etc., favor de describir las razas, nacionalidades, edades, religiones, etc. de estas personas.

Ejemplos de otras personas que fueron tratadas mejor que usted:

(Por ejemplo, las personas que no fueron despedidas por hacer la misma cosa por la cual usted fue despedido, las personas que hacían el mismo trabajo pero ganaban más dinero que usted, las personas a quienes se les permitía quedarse en la tienda mientras se le prohibía a usted estar allí, etc.). Si usted se está quejando de discriminación con respecto a su raza, nacionalidad, edad, religión, etc., favor de describir las razas, nacionalidades, edades, religiones, etc. de estas personas.
