



Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Albany
Ayuntamiento, oficina 301
Albany, Nueva York 12207
(518) 434-5296

Formulario de Denuncias de Empleo y Adaptaciones Públicas

La Comisión de Derechos Humanos investiga denuncias de discriminación por razones de:

- **Edad** (*si es mayor de 18 años de edad*)
- **Credo/ religión** (*creencias religiosas, prácticas religiosas u observancia religiosa*)
- **Discapacidad** (*un problema físico o mental*)
- **Estado civil** (*soltero/a, casado/a, separado/a, divorciado/a, viudo/a*)
- **Servicio militar** (*incluso reserva militar*)
- **Nacionalidad** (*el país en el que usted nació o en el que nacieron sus ancestros*)
- **Raza/ color** (*si es asiático, negro, indígena, blanco, etc.; incluye la etnia*)
- **Represalia** (*si presentó una denuncia por discriminación anteriormente, ayudó a otra persona en una denuncia por discriminación o denunció un hecho de discriminación por motivos de raza, sexo o cualquier otra categoría mencionada anteriormente o a continuación*)
- **Sexo** (*basada en el hecho de su condición de hombre o mujer, estereotipo sexual, acoso sexual o discriminación por embarazo*)
- **Orientación sexual** (*heterosexual, homosexual, bisexual, asexual o percibida*)
- **Identidad de género** (*propia imagen, comportamiento, apariencia o expresión que es diferente de la tradicionalmente asociada con el sexo asignado legalmente a la persona al momento de nacer*)

Además de los motivos de denuncia enumerados anteriormente, la Comisión investiga denuncias relacionadas con discriminación en la vivienda. Si considera que ha sido discriminado/a en el área de vivienda, llame a nuestra oficina para hablar directamente con nuestro personal: (518) 434-5296.

TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Para presentar una denuncia en la Comisión de Derechos Humanos de Albany debe residir en la Ciudad de Albany o presentar una denuncia contra una entidad que se encuentre en la Ciudad de Albany.

Si desea acceder a esta aplicación en línea, vaya a: www.albanyny.gov/languageaccess

Empleo y Adaptaciones Públicas
Formulario de Denuncia por Discriminación
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD DE ALBANY

Nombre del denunciante:

Dirección:

Teléfono:

Lugar de trabajo:

Fecha de supuesta violación

Nombre/ ubicación del denunciado:

Cargo:

Teléfono:

Dirección:

Relación con el denunciante:

Nombre del denunciado:

Cargo:

Teléfono:

Lugar de trabajo:

Relación con el denunciante:

La presente denuncia se inicia por motivos de discriminación en: Empleo Público
 Adaptaciones

Responda las preguntas de esta sección únicamente si sufrió discriminación en el ámbito laboral. De lo contrario, continúe en la página siguiente.

¿Cuántos empleados tiene la empresa? A. 1 a 3 B. 4 a 14 C. 15 o más D. 20 o más E. no sabe

¿Trabaja actualmente para la empresa?

Sí

Fecha de contratación: / / ¿Cuál es su cargo?

No

Último día de trabajo: / / ¿Cuál era su cargo?

No fui contratado por la empresa

Fecha de la solicitud:

Denuncia interna

Página 1 de 5

Empleo y Adaptaciones Públicas
Formulario de Denuncia por Discriminación
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD DE ALBANY

Empleo y Adaptaciones Públicas
Formulario de Denuncia por Discriminación
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD DE ALBANY

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fui despedido | <input type="checkbox"/> No fui contratado |
| <input type="checkbox"/> No fui ascendido | <input type="checkbox"/> Sufrí acoso |
| <input type="checkbox"/> Fui suspendido | <input type="checkbox"/> Sufrí acoso sexual |
| <input type="checkbox"/> Fui despedido constructivamente | <input type="checkbox"/> Fui trasladado a un puesto de menor rango |
| <input type="checkbox"/> No fui contratado debido a BFOQ* | <input type="checkbox"/> Sufrí represalias |
| <input type="checkbox"/> Tuve una evaluación deficiente | <input type="checkbox"/> No fui contratado debido a una discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Se me denegó un aumento | <input type="checkbox"/> Me delegaban tareas difíciles |
| <input type="checkbox"/> No tuve capacitación suficiente | <input type="checkbox"/> Recibí advertencias |
| <input type="checkbox"/> Se me denegó una oficina | <input type="checkbox"/> No fui contratado debido a antecedentes penales |
| <input type="checkbox"/> Estaba sujeto a un entorno laboral hostil | <input type="checkbox"/> Recibí distintos términos/condiciones de empleo |
| <input type="checkbox"/> Otro | |

*Calificación ocupacional de buena fe

Creo que el fundamento de este trato se debió a mi:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Raza/color u origen étnico | <input type="checkbox"/> Condición de víctima de violencia doméstica (solo para el empleo) |
| <input type="checkbox"/> Nacionalidad | <input type="checkbox"/> Condición militar |
| <input type="checkbox"/> Credo | <input type="checkbox"/> Sexo |
| <input type="checkbox"/> Estado civil/pareja de hecho | <input type="checkbox"/> Orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad | <input type="checkbox"/> Antecedentes de arrestos (solo para el empleo) |
| <input type="checkbox"/> Represalias | <input type="checkbox"/> Predisposición genética (solo para el empleo) |
| <input type="checkbox"/> Edad (fecha de nac.) | |
| <input type="checkbox"/> Religión | |

Empleo y Adaptaciones Públicas
Formulario de Denuncia por Discriminación
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD DE ALBANY

Descripción de la discriminación:

Agregue más información sobre cada acto de discriminación que indicó en las páginas anteriores. Incluya fechas, nombres de las personas involucradas y explique por qué cree que fue discriminatorio.

ESCRIBA A MÁQUINA O EN LETRA DE IMPRENTA CLARA.

Empleo y Adaptaciones Públicas
Formulario de Denuncia por Discriminación
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD DE ALBANY

Coloque las iniciales en los siguientes anunciados correspondientes:

_____ Se me ha informado durante el proceso de admisión que mi reclamo se remitirá a la División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York.

_____ He recibido una copia de este resumen de denuncia, que he firmado junto con el Especialista de igualdad de oportunidades en el empleo. Si se realizara algún cambio respecto de las declaraciones enunciadas en el presente formulario, deberé colocar mis iniciales en cada cambio.

_____ Comprendo que las declaraciones hechas en esta denuncia pueden utilizarse en procedimientos administrativos o legales, y que quizás se requiera mi testimonio en dichos procedimientos relacionados con esta cuestión.

Por medio del presente, certifico que los hechos expresados en la presente denuncia son veraces y exactos y que se me ha informado sobre otras vías de apelación/reparación:

Firma/nombre en letra de imprenta del denunciante

Fecha

Firma/nombre en letra de imprenta del Representante
de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEO)

Fecha

For Administrative Use Only:

___ This complaint has been reviewed and will be forwarded to the appropriate contact at the State of New York Division of Human Rights.

___ This complaint has been reviewed and **will not** be forwarded to the appropriate contact at the State of New York Division of Human Rights.

Affirmative Action Officer/ Print Name

Date

Para obtener más información o por preguntas específicas, contáctese a:

Ciudad de Albany
Oficina de igualdad de oportunidades en el empleo y oportunidades equitativas de vivienda
Ayuntamiento, oficina 301
Albany, Nueva York 12207
(518) 434-5296