



Estado de Utah  
Department of Workforce Services  
**FORMULARIO DE INFORMACIÓN PARA DENUNCIA  
DE DISCRIMINACIÓN**

1. Información del denunciante. Escriba su nombre completo y dirección:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sus números telefónicos, incluyendo el código de área:

Casa \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_  
(El proporcionar su número de Seguro Social es voluntario)

2. Información del demandado. Provea el nombre y dirección de la agencia involucrada:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. ¿Cuál es la hora y el lugar más convenientes para contactarle sobre esta denuncia?

4. De acuerdo a lo que recuerda, ¿En qué fecha(s) sucedió este incidente de discriminación?

Fecha de la Primera Ocasión \_\_\_\_\_ Fecha de la Última Ocasión \_\_\_\_\_

5. ¿Ha tratado de resolver esta acusación a nivel Federal? (Centro de Derechos Civiles, Washington D.C. Departamento de Salud y Servicios Humanos, Departamento de Agricultura de los EE.UU.) .....  Sí  No

¿Ha recibido una decisión final sobre su acusación a nivel Federal?  Sí  No

6. Explique breve y claramente lo ocurrido, y en qué forma fue discriminado. Indique quién estuvo involucrado. Asegúrese de incluir de que manera otras personas fueron tratadas diferente a usted. Además, adjunte cualquier documento escrito que sea pertinente a su caso.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**For DWS use ONLY**

**DCIF Received**  **Accepted**  
 **Not Accepted**  
**By:** \_\_\_\_\_  
**Date:** \_\_\_\_\_ **Case number:** \_\_\_\_\_

7. De acuerdo a lo que sepa ¿Cuáles de los siguientes programas de DWS fueron involucrados? (Marque uno)

- Asistencia para el Cuidado Infantil
- Intercambio de Empleos
- Asistencia Financiera
- Asistencia Alimenticia
- De Asistencia Financiera al Empleo
- Asistencia Médica
- Acta de Inversión Laboral (WIA)
- Otro \_\_\_\_\_

8. Razón de Denuncia ¿Cuáles de las siguientes razones mejor describen el motivo por el que piensa que fue discriminado? Marque todo lo que se aplique a su situación:

- Raza: Especifique \_\_\_\_\_
- Color: Especifique \_\_\_\_\_
- Religión: Especifique \_\_\_\_\_
- Nacionalidad: Especifique \_\_\_\_\_
- Sexo: Masculino \_\_\_\_\_ Femenino \_\_\_\_\_
- Edad: Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_
- Discapacidad
- Afiliación Política: Especifique \_\_\_\_\_
- Ciudadanía: Especifique \_\_\_\_\_
- Represalia/ Venganza
- Otro: Especifique \_\_\_\_\_

9. ¿Piensa que la discriminación en su contra involucró...? (Marque uno)  
 ¿Su trabajo o búsqueda de empleo? o,  
 ¿El uso de los establecimientos, o que alguien le proporcionó, o no, servicios o asistencia?

Si responde sí, ¿Cuáles de los siguientes fueron involucrados?

- Despido
- Ascenso
- Capacitación
- Transferencia
- Títulos/ Pruebas
- Tramitación de Quejas
- Despido/ Suspensión
- Retiros
- Antigüedad
- Intimidación/ Represalia
- Acoso o Abuso
- Acomodación para Acceso
- Actividades de Sindicatos
- Representación Sindical
- Otro \_\_\_\_\_
- Contratación
- Solicitud
- Inscripción
- Referencia
- Exclusión
- Colocación
- Beneficios
- Transiciones
- Evaluaciones de Desempeño
- Estimación
- Disciplina
- Salarios

10. ¿Por qué piensa que sucedió lo ocurrido?

---

---

---

---

---

---

---

---

11. ¿Qué otra información considera pertinente para nuestra investigación?

---

---

---

---

---

---

---

---

12. Si esta denuncia se resuelve a su satisfacción, ¿Qué solución espera?

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

13. A continuación, anote los nombres de cualquier persona (testigos, empleados, supervisores, u otros) que podamos contactar para obtener información adicional para aclarar o apoyar su denuncia:

Nombre Dirección Número Telefónico

---

---

---

---

---

---

---

---

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

**(Esta denuncia NO es válida sin una firma)**

**Atención:** El presentar una denuncia de discriminación con el Departamento de Workforce Services no le protege sus derechos legales sobre otras leyes laborales discriminatorias. Usted puede presentar una denuncia de discriminación laboral adicional con la Comisión Laboral de Utah (Utah Labor Commission) al teléfono (801) 530-6801 o 1-800-222-1238. Las acusaciones con la Comisión Laboral de Utah deben presentarse durante los primeros 180 días de la alegada violación.

14. ¿Tiene un abogado?.....  Sí  No  
Si respondió sí, provea su nombre, dirección y número telefónico:

---

---

---

---

---

15. ¿Ha presentado una denuncia con alguna de las siguientes organizaciones?  
 Civil Rights Division, U.S. Department of Justice.  
 U.S. Equal Employment Opportunity Commission.  
 Corte Federal o Estatal.  
 Su agencia de Relaciones Humanas/ Comisión de Derechos Civiles local o del Estado.

16. Provea la siguiente información de cada una de las organizaciones seleccionadas en la pregunta número 15:

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de denuncia: \_\_\_\_\_

Número de Caso o Sumario: \_\_\_\_\_

Fecha de Juicio o Audiencia: \_\_\_\_\_

Lugar de la Agencia o Corte: \_\_\_\_\_

---

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_

---

Estatus del Caso: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

Agencia: \_\_\_\_\_

Fecha de denuncia: \_\_\_\_\_

Número de Caso o Sumario: \_\_\_\_\_

Fecha de Juicio o Audiencia: \_\_\_\_\_

Lugar de la Agencia o Corte: \_\_\_\_\_

---

Nombre del Investigador: \_\_\_\_\_

---

Estatus del Caso: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_

---

**Programa/Empleador No Discriminatorio**

Servicios y ayuda auxiliar se encuentran disponibles para personas minusválidas bajo petición al llamar al 801-526-9240. Las personas con impedimentos en el habla y /o sordera pueden marcar el número 711 (Relay Utah). Para asistencia en español, marque el número 1-888-346-3162.

## **Department of Workforce Services de Utah**

# **Aviso Sobre el Uso de Información Personal para Fines de Investigación**

Existen dos leyes Federales que gobiernan el manejo de información personal presentada a agencias federales, estas incluyen los Centros de Derechos Civiles (CRC) y agencias que reciben fondos federales tales como, el Department of Workforce Services (DWS); el Acta de Privacidad de 1974 (5 U.S.C. 552), y el Acta de Libertad de Información (5 U.S.C. 552), o "FOIA". Por favor, lea a continuación cómo estas leyes se aplican al manejo de información en conexión a su denuncia. Después de leer este aviso, por favor firme, feche, y entregue el acuerdo de consentimiento adjunto a este aviso, junto con su formulario de denuncia.

El Acta de Privacidad protege a las personas al evitar el mal uso de información personal por parte del gobierno federal y sus agentes, tal y como es descrito anteriormente. La ley se aplica a los archivos que pueden ser localizados por medio del nombre, número de seguro social, u otro método de identificación personal. Cualquier persona que provea información a DWS en relación con una denuncia de discriminación debe saber lo siguiente:

- \* DWS tiene la autoridad de llevar a cabo investigaciones de denuncias de discriminación en relación con raza, color de piel, nacionalidad, edad, discapacidad; y en algunos programas, en relación con su sexo, afiliación religiosa, ciudadanía y afiliación o inclinación política, en los programas que reciben fondos federales por medio del Departamento Laboral. También, DWS tiene la autoridad de llevar a cabo recertificaciones de programas que utilizan fondos federales para evaluar el cumplimiento de las leyes de derechos civiles.
- \* La información obtenida por DWS es analizada por personal autorizado. Esta información puede incluir registros de participación de personal o programas, y otro tipo de información personal. En ocasiones, será necesario que el personal de DWS proporcione información personal a individuos fuera del departamento a fin de verificar los hechos relacionados con su denuncia, o para descubrir nueva información que podría ayudar a DWS a determinar si alguna ley fue violada. Tal información podría incluir por ejemplo, la condición física y edad del denunciante. También, es posible que DWS proporcione información personal a un individuo que la solicite autorizadamente bajo el Acta de Libertad de Información.
- \* Información proveída a DWS podría ser divulgada a personal fuera de DWS para completar procedimientos legales en contra de una persona(s), u organización que, de acuerdo a DWS, se encuentre en violación de reglas o regulaciones. Dicha información puede incluir por ejemplo, el nombre, ingresos, edad, estado civil o condición física del denunciante.
- \* Cualquier información personal que usted provea será utilizada únicamente para el propósito específico para la cual fue requerida. DWS solicita información personal con el único propósito de llevar a cabo actividades autorizadas para determinar y asegurar el cumplimiento de las leyes y normas de los derechos civiles. DWS no divulgará información personal a ninguna persona u organización a menos que la persona que haya proveído la información dé su consentimiento por escrito, o a menos que se solicite legalmente por medio del Acta de Libertad de Información.
- \* No hay ley que requiera que el denunciante provea su información personal a DWS, y no se tomará ninguna acción en contra de una persona que se niegue a hacerlo. Sin embargo, si DWS no puede obtener la información necesaria para llevar a cabo una investigación completa de los hechos descritos en la denuncia, DWS puede cerrar el caso.
- \* Cualquier persona puede solicitar, y recibir copias de todo el material personal que DWS, o un oficial de Igualdad de Oportunidades (Equal Opportunity), mantenga en su archivo para propósitos de investigación.

**DWS TIENE COMO POLÍTICA EL NO DIVULGAR NOMBRES U OTRA INFORMACIÓN PERSONAL QUE IDENTIFIQUE A INDIVIDUOS, A MENOS QUE ÉSTO SEA NECESARIO PARA LLEVAR A CABO UNA INVESTIGACIÓN, O EL CUMPLIMIENTO DE LA LEY EN CONTRA DE INDIVIDUO(S) U ORGANIZACIONES QUE HAYAN VIOLADO LA LEY.**

El Acta de Libertad de Información (FOIA), ofrece al público máximo acceso a archivos y registros del Gobierno Federal. Cualquier persona puede solicitar y recibir información de muchos tipos de registros mantenidos por el gobierno – no únicamente materiales que se aplican a ellos personalmente. DWS debe aceptar solicitudes de información recibidas bajo la ley de FOIA, sin embargo existen algunas excepciones:

- \* Generalmente no se requiere que DWS provea información durante una investigación o cumplimiento de la ley si el proveer esta información limita la habilidad de DWS en efectuar su función efectivamente; además,
- \* DWS puede negarse a divulgar información personal si esto puede resultar en la "invasión evidente sin orden legal" de los derechos de privacidad de alguna persona.

**POR FAVOR, LEA Y FIRME LA SECCIÓN "A" O LA SECCIÓN "B" DEL FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO IMPRESO AL DORSO DE ESTE AVISO Y DEVUÉLVALO A DWS JUNTO CON SU FORMULARIO DE DENUNCIA DEBIDAMENTE LLENADO Y FIRMADO.**

## FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO

He leído el Aviso Sobre el Uso de Información Personal para Fines de Investigación, adjunto a este formulario. Entiendo las siguientes estipulaciones del Acta de Libertad de Información (FOIA), que se aplican a la información personal que yo provea al Department of Workforce Services (DWS), en conexión con mi denuncia:

- En el curso de la investigación de mi denuncia, DWS tendrá que revelar mi identidad a personal del programa(s) mencionados en mi declaración a fin de obtener hechos y evidencias relacionadas con mi denuncia;
- Puedo solicitar y recibir copias de cualquier información personal que DWS mantenga en mi archivo de denuncias para uso de investigación, y;
- Bajo ciertas condiciones y por medio del Acta de Libertad de Información puede ser requerido que DWS divulgue información personal que he proveído en conexión con mi denuncia.

### Denuncias Relacionadas con Empleos

Su firma en la "sección A" a continuación, también autoriza a DWS a proveer una copia de esta denuncia a la División Laboral y Contra la Discriminación de la Comisión Laboral de Utah. Usted será contactado por la Comisión Laboral de Utah para informarle de sus derechos, y el proceso para hacer una denuncia. **Por favor, utilice la parte interior de este formulario sobre cómo hacer una denuncia de discriminación laboral por separado con la Comisión Laboral de Utah.**

---

**SECCIÓN "A"**

**Sí**, DWS podrá divulgar mi identidad, si es necesario, a fin de procesar mi denuncia. He leído y entiendo el aviso y estoy de acuerdo que DWS procese mi denuncia.

---

Nombre Completo (Use letra de molde).

---

Firma

---

Fecha

**SECCIÓN "B"**

**No**, DWS no podrá divulgar mi identidad, aun si ésta es necesaria para procesar mi denuncia. He leído y entendido el aviso y no doy mi consentimiento a DWS para que divulgue mi identidad durante la investigación de mi denuncia. Pido que DWS procese mi denuncia, sin embargo, entiendo que DWS podrá cancelar mi denuncia si no puede realizar una investigación completa sin divulgar mi identidad. Además, entiendo que DWS podrá cerrar mi denuncia si no puede iniciar una investigación porque no accedí a la divulgación de DWS de mi identidad.

---

Nombre Completo (Use letra de molde).

---

Firma

---

Fecha