

Formulario de queja por discriminación

Complete este formulario para presentar una queja por discriminación en cualquier establecimiento público del condado de Buncombe o para presentar una queja por discriminación respecto de un programa o una actividad gubernamental del condado de Buncombe. Presentar una queja no tiene costo.

El funcionario de igualdad social del condado de Buncombe revisará su queja por discriminación y determinará si en ella se exponen actos que puedan infringir la ordenanza del condado de Buncombe que prohíbe la discriminación en el trabajo y en los establecimientos públicos. El funcionario de igualdad social del condado se pondrá en contacto con usted si necesita información adicional para completar esta revisión. Si su queja implica un posible incumplimiento de una de las ordenanzas del condado de Buncombe que prohíben la discriminación en el trabajo y en los establecimientos públicos, el funcionario de igualdad social del condado les entregará una copia de la queja a usted y a la presunta persona u organización que ha cometido el acto de discriminación en su contra. El funcionario también le enviará un aviso sobre sus derechos y obligaciones procesales en un plazo de diez días de la presentación de su queja.

Su información personal

Nombre: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección postal: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono de contacto durante el día: _____

Teléfono de contacto durante la noche: _____

Mejor momento para llamarlo/a: _____

¿A quién más podemos llamar si no logramos ponernos en contacto con usted?

Número de contacto 1:

Nombre: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección postal: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono de contacto durante el día: _____

Teléfono de contacto durante la noche: _____

Mejor momento para llamarlo/a: _____

Número de contacto 2:

Nombre: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección de correo electrónico: _____

Dirección postal: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono de contacto durante el día: _____

Teléfono de contacto durante la noche: _____

Mejor momento para llamarlo/a: _____

Información sobre la queja

¿Qué le sucedió? Describa de forma específica y detallada los hechos o las decisiones, incluida la fecha (o el intervalo de tiempo), que presuntamente resultaron en discriminación ilícita e incumplieron la ordenanza del estado de Buncombe que prohíbe la discriminación en el trabajo y en los establecimientos públicos. Describa el presunto daño que sufrió o que sufrirá a causa de la presunta discriminación.

¿Por qué cree que sufre de discriminación? (Marque todas las casillas que correspondan).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Color |
| <input type="checkbox"/> Cabello natural o peinado | <input type="checkbox"/> Sexo |
| <input type="checkbox"/> Origen étnico | <input type="checkbox"/> Orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Credo | <input type="checkbox"/> Identidad o expresión de género |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Origen nacional o ascendencia | <input type="checkbox"/> Creencia religiosa (o falta de esta) |
| <input type="checkbox"/> Estado civil o situación familiar | <input type="checkbox"/> Edad |
| <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Condición de veterano | <input type="checkbox"/> Otro motivo |

Explique brevemente la razón por la cual cree que no pudo ejercer sus derechos debido a cualquiera de los factores mencionados arriba.

En su opinión, ¿quién cometió el acto discriminatorio?

Nombre: _____
(Primer nombre/nombre de la organización) (Segundo nombre) (Apellido)

Identifique a las partes que presuntamente fueron sometidas a la presunta discriminación o pudieron ser afectadas por esta (de ser necesario, adjunte hojas adicionales).

Parte afectada 1

Nombre: _____
(Primer nombre/nombre de la organización) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección de correo electrónico: _____

Domicilio: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Parte afectada 2

Nombre: _____
(Primer nombre/nombre de la organización) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección de correo electrónico: _____

Domicilio: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Dónde ocurrió el presunto acto discriminatorio?

Domicilio: _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

¿Cuándo ocurrió el último acto discriminatorio?

Fecha: _____

Respecto de la presunta discriminación, ¿ha ocurrido de forma continua o sigue ocurriendo?

- Sí
- No

Verificación

Yo, el/la que suscribe, declaro bajo pena de perjurio que la información precedente es correcta.

Formalizado el _____, 20_____.
(Día) (Mes) (Año)

Nombre en letra de imprenta: _____
(Primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido)

Firma: _____