



**FORMULARIO PARA LAS QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN POR PARTE DE LOS CLIENTES DEL IDES  
 Y EL PÚBLICO EN GENERAL EN CONTRA DEL IDES O LOS EMPLEADOS DEL IDES**

Usted debería usar este formulario si es un cliente del Departamento de Seguridad del Empleo de Illinois (IDES) o miembro del público en general, que desea presentar una queja de discriminación en contra del IDES y/o empleados del IDES ante la Oficina de Igualdad de Oportunidad de Empleo/Acción Afirmativa del IDES. (Este formulario **no** puede ser usado por los empleados del IDES. Ellos deberían usar el Formulario de Queja Interna del IDES EEO-2.) Si lo prefiere, puede presentar su queja directamente al Departamento del Trabajo de los Estados Unidos/Centro de Derechos Civiles al completar y enviar el formulario federal DL-12014a al: U.S. Department of Labor, Civil Rights Center, 200 Constitution Avenue N.W., Room N-4123, Washington D.C., 20210. El Formulario DL-12014a se puede obtener en cualquier oficina local del IDES.

<b>1. Información Acerca de Usted</b>	
<p><b>Su Nombre y Dirección:</b></p> <p>Nombre _____</p> <p>Dirección _____</p> <p>Ciudad                  Estado                  Código Postal _____</p>	<p><b>Su(s) Número(s) Telefónico(s):</b></p> <p>Hogar:     (_____) _____</p> <p align="center">Código de Área          Número</p> <p>Alternativo: (_____) _____</p> <p align="center">Código de Área          Número</p> <p>¿Cuál es la hora más adecuada para contactarle?</p> <p>_____</p>

<b>2. Información Acerca de su Queja</b>		
<p>Por favor, identifique la oficina del IDES (u otro lugar) donde ocurrió el incidente o incidentes de los cuales se está quejando:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Por favor, identifique en lo mejor que pueda al empleado o empleados del IDES y/u otras personas involucradas en el o los incidentes de los cuales se está quejando:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Por favor, identifique las horas y las fechas cuando ocurrió el incidente o incidentes de los cuales se está quejando:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

<p><b>3.</b> Por favor, describa claramente y brevemente lo que sucedió, y explique por qué cree que la discriminación ocurrió. Asegúrese de incluir información como: quién estaba involucrado, y qué hicieron o dijeron las personas o persona, incluyendo cualquier lenguaje ofensivo o derogatorio; qué se hizo y cómo el tratamiento fue diferente, si piensa que usted u otra persona fue tratado de manera distinta que otros, etc. Por favor, anexe cualquier material escrito que tenga y que esté relacionado con su queja.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



**4.** Por favor, provéanos cualquier otra información que crea es importante para su queja.

---



---



---

**5.** ¿Qué desea que IDES haga para resolver su queja o remediar la discriminación que cree ocurrió?

---



---



---

**6.** Por favor, mencione a cualquier persona (testigos u otros) que podamos contactar para obtener información acerca de su queja.

Nombre	Dirección	Teléfono

**7. Base de la Queja:** ¿Cuál de los siguientes tipos de discriminación describe mejor la discriminación que usted cree ocurrió?

Raza: (Especifique): \_\_\_\_\_
  Sexo:  Masculino  Femenino
  Incapacidad

Color: (Especifique): \_\_\_\_\_
  Edad: (Especifique): \_\_\_\_\_
  Retaliación

Religión (Especifique): \_\_\_\_\_
  Nacionalidad (Especifique): \_\_\_\_\_
  Acoso Sexual

Estado Civil: \_\_\_\_\_
  Otro (Especifique): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Firma del Querellante                      Fecha

**Por favor, complete el formulario y regréselo con copias de los documentos que lo soporten a: IDES Office of Equal Employment Opportunity/Affirmative Action, 115 S. LaSalle Street, 17th Floor, Chicago, IL 60603-2802. Fax (312.793.0302). Si tiene alguna pregunta, nuestros números telefónicos son: 312.793.9290, TTY 888-340-1007.**

FOR EEO/AA OFFICE USE ONLY:	
<input type="checkbox"/> EEO Case Number Assigned: _____	<input type="checkbox"/> Service Complaint referred to: _____
Received by: _____	Date _____