



**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.

1. Información Acerca de Usted

Su Nombre y Dirección:

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Su(s) Número(s) Telefónico(s):

Hogar:

()

Código de Área

Número

Alternativo:

()

Código de Área

Número

¿Cuál es la hora más adecuada para contactarle?

2. Información Acerca de su Queja

Por favor, identifique la oficina del IDES (u otro lugar) donde ocurrió el incidente o incidentes de los cuales se está quejando:

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:

Por favor, identifique las horas y las fechas cuando ocurrió el incidente o incidentes de los cuales se está quejando:

3. 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.

Estado de Illinois
Departamento de Seguridad del Empleo
Oficina de Igualdad de Oportunidad de Empleo/Acción Afirmativa
Formulario De Queja de Discriminación Externa



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?

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Raza: (Especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Sexo: <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino | <input type="checkbox"/> Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Color: (Especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Edad: (Especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Retaliación |
| <input type="checkbox"/> Religión (Especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Nacionalidad (Especifique): _____ | <input type="checkbox"/> Acoso Sexual |
| <input type="checkbox"/> Estado Civil: _____ | <input type="checkbox"/> 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. 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:

☐ EEO Case Number Assigned: _____ ☐ Service Complaint referred to: _____

Received by:

Date