



¿Por qué cree que se tomó esta acción contra usted? Es ilegal negarle sus derechos laborales por cualquiera de las siguientes bases: raza, color, religión, origen nacional, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, edad, discapacidad, situación familiar (familias con hijos menores de 18 años) o estado civil (si necesita más espacio, anexe hojas adicionales).

**Normalmente, su identidad como Demandante será revelada a la organización que supuestamente discriminó contra usted.**

¿Usted  Autoriza  No autoriza dicha revelación?

**¿Ha solicitado ayuda a una agencia, su sindicato, un abogado o cualquier otra fuente por la acción que cree fue discriminatoria?**

No  Sí  (Si respondió "Sí" complete a continuación)

NOMBRE DE LA FUENTE DE AYUDA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RESULTADOS, SI LOS HAY: \_\_\_\_\_

**¿Ha presentado una queja sobre la acción que cree fue discriminatoria ante otra agencia anti-discriminatoria del gobierno federal, estatal o local?**

No  Sí (Si respondió "Sí" complete a continuación)

NOMBRE DE LA FUENTE DE AYUDA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RESULTADOS SI LOS HAY: \_\_\_\_\_

**¿Ha presentado una Acusación con EEOC por empleo en el pasado?  No  Sí (Si respondió "Sí" complete a continuación.)**

FECHA CUANDO LA PRESENTÓ	ORGANIZACIÓN ACUSADA	NÚMERO DEL CASO (SI SE CONOCE)
--------------------------	----------------------	--------------------------------

**Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.**

FIRMA:

FECHA:

**DECLARACION DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Este formulario está cubierto por la Ley de Privacidad de 1974; Ley Pública 93-579.**

**Llenar y traer, o enviarnos este cuestionario no significa que ha presentado una acusación.** Este cuestionario nos ayudará a evaluar su situación y determinar si podría estar cubierto por las leyes que aplicamos. Recomendamos que llene el cuestionario y lo traiga para hablar sobre su situación. También puede enviarlo por correo o fax al (813) 274-7941 (Atención Oficina de Derechos Humanos). Una vez que hayamos recibido su cuestionario lleno, una persona de nuestra oficina se pondrá en contacto con usted por correo postal o teléfono dentro de los siguientes 30 días. Si no lo contactamos en 30 días, llámenos al (813) 274-5835. Tenga en cuenta que hay plazos de tiempo para presentar una acusación, por lo general, 180 días; o en algunas jurisdicciones, un (1) año a partir del perjuicio alegado.

**Dirección Postal:** 306 E. Jackson St., FLR 3N, Tampa, FL 33602

**Si necesita una adaptación para poder llenar el cuestionario, conforme a la Ley de Ciudadanos Americanos con Discapacidades, llame al (813) 274-5835.**