¿Cómo se enteró acerca de la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina del Sur?

(Por favor, marque todas las que aplican)

☐ Abogado ☐ Televisión ☐ Radio ☐ Periódico/Revista

☐ Amigo/Familia ☐ Sitio Web ☐ Facebook ☐ Twitter

☐ Cartelera ☐ Folleto ☐ Evento Comunitario: _____

☐ Otra Agencia/Organización: (Escriba o marque abajo) _____

☐ Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) ☐ Departamento de Empleo y Trabajo (Desempleo) ☐ Departamento de Trabajo ☐ Departamento de Asuntos del Consumidor

¿En qué condado vive usted? _____ (Solo Residentes de Carolina del Sur)

INTERNET

COMISIÓN DE ASUNTOS HUMANOS DE CAROLINA DEL SUR
(SOUTH CAROLINA HUMAN AFFAIRS COMMISSION)
1026 Sumter Street, Suite 101
Columbia, South Carolina 29201
Número Local: (803) 737-7800 / Línea gratuita (800) 521-072 / Fax: (803) 737-7835
Página web: http://www.schac.sc.gov Correo electrónico: information@schac.state.sc.us

CUESTIONARIO PRELIMINAR SOBRE SU EMPLEO

Complete todas las partes aplicables a su situación. Escriba solo con tinta. Usted puede agregar páginas adicionales si es necesario. No escriba en la parte posterior de ninguna de las páginas de este Cuestionario.

COMPLETAR Y PRESENTAR ESTE CUESTIONARIO NO IMPLICA O CONSTITUYE EL ESTABLECIMIENTO DE UN CARGO.

Al firmar y enviar este formulario, usted por este medio afirma que toda la información proporcionada es verdadera a lo mejor de su conocimiento, información y creencias.

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

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Condado: _____

Número del teléfono: Casa (_____) _____ Trabajo: (_____) _____
(Código de área) *(Código de área)*

Celular: (_____) _____ Correo electrónico:_____
(Código de área)

Fecha de nacimiento: _____ Edad:_____ Género *(Marque uno)*: M F
Mes/ Dia/ Año

Raza *(Marque todas las opciones que correspondan)*: Moreno Blanco Hispano Asiático o Isla del Pacífico
Indio Americano o Nativo de Alaska Otro: _____

Origen Nacional *(País de origen)*: _____

1. ¿Qué empresa, organización o compañía supuestamente le ha hecho daño? Proporcione el nombre y la dirección **completa** del negocio en Carolina del Sur incluyendo el número de la calle o el apartado de correo del lugar donde usted es/fue empleado o aplicó para trabajo.

   Nombre del negocio: _____

   Dirección: _____

   Dirección de correo: _____

   Ciudad:_____ Estado: Carolina del Sur Código postal: _____

   Condado: _____ Número del Teléfono: (_____) _____
   (Código de área)

   ¿Qué es lo que hace esta compañía? _____

   ¿Cuántas personas emplea esta empresa, organización o compañía? Incluyendo **todos** los empleados de tiempo parcial y tiempo completo en todas las localidades.

   ___ menos de 15 ___ 15 a 100 ___ 101 a 200 ___ 201 a 500 ___ más de 500

2. ¿Esta empresa, organización o compañía mencionada en la pregunta 1 es propiedad de otra empresa, organización o compañía? _____ Sí _____ No En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre de la empresa: _____

Domicilio: _____

Apartado de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal:_____

Nombre del contacto en recursos humanos: _____

Número de Teléfono: (_____) _____
(Código de área)

3. ¿Usted trabajaba para una agencia que ofrece trabajo temporal? _____ Sí _____ No
En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre de la agencia: _____

Domicilio: _____

Apartado de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal:_____

Nombre del contacto en recursos humanos: _____

Número de Teléfono: (_____) _____
(Código de área)

4. ¿Usted ha presentado **esta** queja con la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo de Estados Unidos, o alguna agencia federal, estatal, o local en contra de la discriminación (incluyendo la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina de Sur), o en la corte? _____ Sí _____ No En caso afirmativo, complete la siguiente información:

Nombre de la agencia: _____

Número de caso: _____ Fecha en la que la queja fue establecida: _____

5. ¿Actualmente usted trabaja para la empresa, organización o compañía mencionada en la pregunta 1?
____ Yes ____ No Si no, **proporcione la fecha** en la que usted fue despedido o renunció: _____
(Mes/ Dia/ Año)

Complete la siguiente información sobre su trabajo actual o más reciente con la empresa, organización o compañía mencionada en la pregunta 1:

Fecha de contratación: _____ Salario actual o más reciente: _____

Cargo actual o más reciente: _____

Departamento actual o más reciente: _____

Supervisor actual o más reciente:

Nombre:_____ Cargo: _____

Raza: _____ Género: _____ Edad: _____ Nacionalidad: _____ Religión: _____

INTERNET

6. ¿Qué le ha hecho a usted la empresa, organización o compañía que menciono en la pregunta 1? Seleccione las cuestiones que han pasado en los últimos 300 días y la fecha del acontecimiento más reciente de cada uno. **<u>**Nota: Estas cuestiones deben incluir un día actual o aproximado.</u>**

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Despedido

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Renunció

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Disciplinado

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Suspendido

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Le negaron beneficios

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Embarazo *(día en el que usted le aviso a su empleador)*

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Le negaron la igualdad de salario

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Le negaron acomodaciones razonables (*por discapacidad o creencias religiosas)*

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Términos y Condiciones

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Intimidación

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Hostigamiento sexual

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Hostigamiento – no sexual

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Involuntariamente transferido de: _____
A: _____

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Le negaron la transferencia de: _____
A: _____

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Fue degradado de: _____
A: _____

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Le negaron ascenso de: _____
A: _____

¿Día en el que aplicó?	¿Usted cumplía con los requisitos?	¿La posición estaba disponible?	¿A quién le dieron la posición?
_____ *(Mes/ Dia/ Año)*	____ Sí ____ No	____ Sí ____ No	_____

___ _____ *(Mes/ Dia/ Año)* Le negaron la contratación de: _____ *(Nombre de la posición)*

¿Día en el que aplicó?	¿Usted cumplía con los requisitos?	¿La posición estaba disponible?	¿A quién le dieron la posición?
_____ *(Mes/ Dia/ Año)*	____ Sí ____ No	____ Sí ____ No	_____

7. ¿Por qué cree usted que recibió el trato que seleccionó en la pregunta 6? Seleccione todas las bases que aplican a su situación.

___ Raza ___ Sexo *(incluyendo hostigamiento sexual o embarazo)* ___ Edad *(por lo menos 40)*

___ Origen nacional *(pais de origen)* ___ Color

___ Religión ¿Cuál es su religión? _____

___ Discapacidad ¿Cuál es su discapacidad médicamente diagnosticada? _____

_____

¿Cuál es la duración prevista de su discapacidad?_____

¿Se espera alguna mejora? ____ Sí ____ No Si la hay, ¿en qué medida?_____

_____

¿Cuándo notificó a su empleador? _____

¿Fue una lesión en el lugar de trabajo? ____ Sí ____ No ¿Cuándo ocurrió la lesión? _____

¿Usted presentó un reclamo de compensación por un accidente laboral? ____ Sí ____ No

En caso afirmativo, ¿en qué fecha? _____

¿Su empleador lo percibe como teniendo una discapacidad? ____ Sí ____ No

En el caso que sí explique: _____

___ Tomar Represalia *(oponerse a una práctica ilegal de empleo o participar como testigo en una queja)*
¿Usted se quejó con un miembro de la gerencia? _____ Sí _____ No
En caso afirmativo, complete la siguiente información acerca del individuo con el que usted se quejó:

Nombre: _____

Cargo: _____

Día de la queja: _____

¿Usted alegó específicamente que su trato fue de discriminación basado en una o más de las bases seleccionadas en la pregunta 7? _____ Sí _____ No

¿Usted ha estado anteriormente involucrado en una queja contra la discriminación en el empleo?

____ Yes ____ No En caso afirmativo, proporcione los detalles de la queja (Pregunta 10).

8. ¿Quién presuntamente, lo perjudicó o lo discriminó?

Nombre:_____ Cargo: _____
(Primer nombre) *(Apellido)*

Raza: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Origen Nacional: _____ Religión: _____

¿Este individuo estaba empleado por la empresa, organización o compañía mencionada en la pregunta 1?

_____ Sí_____ No Si no, complete la siguiente información sobre este individuo:

Empleador: _____

Cargo: _____

Relación de trabajo con usted: _____

9. Por cada artículo seleccionado en las preguntas 6 y 7, declare de forma cronológica lo que le ha sucedido, identifique a todas las personas involucradas por nombre, cargo en el trabajo, y categoría correspondiente (es decir: raza, sexo, edad, etc) que seleccionó en la pregunta 7. Solo incluya las cuestiones que han pasado en los últimos 300 días que usted seleccionó en la pregunta 6.
*(Adjunte páginas adicionales si es necesario – **NO ESCRIBA EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTE FORMULARIO.**)*

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

10. ¿Le dieron alguna razón por el trato que usted describió en la pregunta 9? _____ Sí _____ No
Si lo hicieron, ¿cuál es/fue la razón(es)? Responda esta pregunta en forma cronológica como en la pregunta 9.

_____
_____
_____
_____

11. ¿Cuál es su respuesta a la(s) razón(es) que aparece en la pregunta 10? Si la(s) razón(es) dadas no son ciertas, explique porque.

_____
_____
_____
_____

12. ¿Hubo otros individuos a los que se les dio mejor trato bajo las mismas o circunstancias similares?
_____ Sí _____ No Si fue así, complete lo siguiente:

Nombre	*Cargo*	*Raza*	*Sexo*	*Edad*	*Origen Nacional*	*Religión*	*Nombre del supervisor*
Breve descripción del trato dado a este individuo							
Breve descripción del trato dado a este individuo							

13. ¿Hubo otros individuos que fueron tratados igual o peor que usted bajo las mismas circunstancias o similares?
_____ Sí _____ No En caso afirmativo, complete lo siguiente:

Nombre	*Cargo*	*Raza*	*Sexo*	*Edad*	*Origen Nacional*	*Religión*	*Nombre del supervisor*
Breve descripción del trato dado a este individuo							
Breve descripción del trato dado a este individuo							

14. ¿Hubo testigos de los acontecimientos? _____ Sí _____ No

15. ¿Estos individuos tienen información de primera mano que sea relevante para esta queja? ___ Sí ___ No

16. ¿Estos individuos están dispuestos a hablar con la Comisión sobre esta queja? _____ Sí _____ No
Si es así, por favor proporcione la información de cada individuo: *(Adjunte hojas adicionales para testigos.)*

Nombre del testigo: _____
(Primer Nombre) *(Segundo Nombre)* *(Apellido)*

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número del teléfono: Casa(_____) _____ Trabajo: (_____) _____
(Código de área) *(Código de área)*

Celular: (_____) _____ Correo electrónico:_____

INTERNET

Información de acuerdo

¿Cuál es la compensación mínima que usted aceptaría para resolver esta queja?

___ Quiere que le devuelvan su trabajo ___ Antigüedad en la compañía ___ Beneficios ___ Pago retroactivo

___ Otro _____

_____

La mediación es una Resolución Alternativa de Conflictos ofrecida por la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina del Sur. La mediación es una reunión en el cual el empleador y el empleado, con la ayuda de un mediador (una tercera parte neutral), llegan a una decisión entre ellos para resolver el conflicto. Es un foro para buscar alivio de las preocupaciones relacionadas con el empleo. La participación en el programa de mediación es estrictamente voluntaria para ambas partes.
¿Desea más información sobre la opción de mediación? _____ Sí _____ No

Información de contacto

Proporcione la siguiente información de cómo la Comisión lo puede contactar durante las horas laborales de la Comisión (8:30 am a 5:00 pm de Lunes a Viernes).

Casa: (_____) _____ Horas: _____

Trabajo: (_____) _____ Horas: _____

Proporcione la siguiente información de una persona que sabe dónde nos podemos contactar con usted. Este individuo debe ser alguien que NO VIVE con usted.

Nombre del contacto: _____
(Primer Nombre) *(Segundo nombre)* *(Apellido)*

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número del teléfono: Casa (_____) _____ Trabajo (_____) _____
(Código de área) *(Código de área)*

Celular: (_____) _____ Correo electrónico:_____

¿Usted tiene un abogado que lo está representando en este asunto? _____ Sí _____ No

Si es así, su abogado debe mandar una *Carta de Representación* a la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina del Sur. La Comisión no puede discutir ningún asunto pertinente a su queja con su abogado hasta que se reciba la *Carta de Representación*.

Es su responsabilidad dejarle saber inmediatamente a la Comisión si usted cambia su dirección o número de teléfono. Si usted no puede ser contactado porque no ha cumplido con sus responsabilidades, su queja puede ser rechazada. Usted debe proporciónanos con un número de teléfono al cual el investigador pueda contactarlo durante las horas laborales de la Comisión (8:30 am a 5:00 pm de Lunes a Viernes).

He leído (o me han leído) este documento y entiendo toda la información. Yo entiendo que la Comisión de Asuntos Humanos no hace ninguna promesa o garantías en cuanto a los posibles resultados de esta queja. Yo certifico que toda la información en este cuestionario es verdadera, precisa y factual a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia.

Firma del demandante: _____ Fecha: _____