

180 DÍAS VENCEN: \_\_\_\_\_

OFICINA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES DE LA CIUDAD DE GAINESVILLE  
FORMULARIO DE ADMISIÓN DIARIA  
(INTERNO)

PERSONA DE ADMISIÓN: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

CONTACTO POR: TELÉFONO:  CORREO:  EN PERSONA:  E-MAIL:

NOMBRE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_

ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_

EMAIL: \_\_\_\_\_

¿CÓMO SE ENTERÓ DE LA OFICINA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES?

\_\_\_\_\_

¿HA PRESENTADO ESTAS ALEGACIONES CON CUALQUIER OTRA AGENCIA (EEOC, FCHR, Sindicato)?

\_\_\_\_\_

USTED ES UN:

EMPLEADO MUNICIPAL:  O CIUDADANO:

SI ES UN EMPLEADO, ¿QUÉ DEPARTAMENTO LO EMPLEA:

\_\_\_\_\_

TIPO DE ALEGACIONES:

EMPLEO:  SERVICIOS, PROGRAMAS, ACTIVIDADES:

¿CREE USTED QUE LA SITUACIÓN SE PRODUJO DEBIDO A UNA DE LAS CLASES PROTEGIDAS?

SI Si es afirmativo, ¿cuál(es)?  NO

BASE: (Marque todas las que aplican)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Orientación sexual _____ | <input type="checkbox"/> Religión _____            |
| <input type="checkbox"/> Raza _____               | <input type="checkbox"/> Origen nacional _____     |
| <input type="checkbox"/> Color _____              | <input type="checkbox"/> Estado civil _____        |
| <input type="checkbox"/> Sexo _____               | <input type="checkbox"/> Discapacidad _____        |
| <input type="checkbox"/> Edad _____               | <input type="checkbox"/> Identidad de género _____ |

(Solo aplica si tiene 40 años o más)

Acoso - ¿sobre la base de qué clase protegida? \_\_\_\_\_

Ambiente de trabajo hostil - ¿sobre la base de qué clase protegida? \_\_\_\_\_

Represalias - ¿sobre la base de qué clase protegida? \_\_\_\_\_

**NOTA: SI NO SE BASA EN UNA DE LAS CLASES PROTEGIDAS, DETÉNGASE AQUÍ**

Si su alegación se basa en el empleo:

¿Cuál es su fecha de contratación? \_\_\_\_\_

¿Cuál era su puesto de trabajo en el momento de la supuesta discriminación? \_\_\_\_\_

Si era solicitante, ¿fecha y puesto que solicita? \_\_\_\_\_

Si la alegación se basa en la discapacidad, ¿cuál es su discapacidad? Describa su discapacidad. ¿Se le trata como si tuviera una discapacidad? Explique. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DEPARTAMENTO CONTRA EL QUE PRESENTA SUS ALEGACIONES:**

DEPARTAMENTO: \_\_\_\_\_ DIVISIÓN: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona específica (si procede): \_\_\_\_\_

Puesto/título: \_\_\_\_\_

**Fecha del incidente más reciente:** \_\_\_\_\_

¿Continúa la acción/situación?  SI  NO

**¿CUÁLES SON LOS PROBLEMAS? ¿CÓMO HA SIDO DAÑADO? (despedido, degradado, suspendido, negación de contratación, etc.)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



**Translation Cloud LLC**  
121 Newark Ave., 3rd Floor  
Jersey City, NJ 07302  
1 (800) 790-3680



Project Manager: Kavita Ramgahan  
Document Translation  
Translation from English to Spanish  
October 5, 2016