



Oficina de Programas de Igualdad de Oportunidades

Información para Personas que Desean Presentar una Queja de Discriminación
Según el Capítulo 17 del Código de la Ciudad e Tucson

Ha obtenido usted una forma de queja de discriminación, que está adjunta para que usted la llene. Se proporciona la información siguiente con la intención de ayudarle a llenar la forma, lo cual, a su vez ayudará a esta oficina con las requeridas acciones de siguientes relativas a su queja. **Por favor lea cuidadosamente la forma de queja antes de completarla.**

- ¿La discriminación alegada tuvo lugar dentro de los límites de la ciudad? La Ciudad de Tucson no tiene jurisdicción relativa a empleo, viviendas o quejas de acomodaciones públicas de discriminación fuera de los límites de la ciudad. Si usted presenta una queja sobre discriminación de empleo, el patrón debe tener menos de 100 empleados, a menos que sea una queja basada en orientación sexual, genero, estado familiar o estado matrimonial. Si su queja es en contra de un patrón que tiene más de 100 empleados y su queja está basada en un área protegida que no sea una de las indicadas anteriormente, puede usted ponerse en contacto con la Oficina del Procurador de Arizona (ACRD) en el (520) 628-6500 o la Comisión Federal de Oportunidades Iguales de Empleo (EEOC) en el (800) 669-4400.
- Evalúe si su queja claramente indica que practica discriminatoria y o acto ha ocurrido en contra suya tal y como está definido en la página de cubierta de la forma de la queja adjunta y que cumple los requisitos tal y como están indicados anteriormente.
- Complete todas las secciones de la forma de la queja y escriba a máquina o imprima la información de la queja. Al contestar la forma de la queja, por favor proporcione información clara y concisa al describir las prácticas y o actos discriminatorios alegados. Formas incompletas serán devueltas para que sean completadas.
- La forma de la queja ha de estar notariada con su firma donde está indicado junto con la fecha. Si la forma de la queja no está notariada será devuelta solicitando la misma antes de la revisión de su queja por esta oficina.
- Por favor presente su forma de queja completa a la dirección indicada a continuación. Nos pondremos en contacto con usted una vez que su queja haya sido revisada. La Oficina de Oportunidades Iguales tomará una determinación con respecto a su queja y le comunicará el estado de su queja a usted.

Si tiene usted preguntas adicionales relacionadas con llenar la forma puede usted ponerse en contacto con la Oficina de Oportunidades Iguales en el (520) 791-4593 y solicitar hablar con un especialista de Oportunidades Iguales asignado a investigaciones. Formas de quejas completadas deberán ser enviadas o entregadas personalmente a:

City of Tucson
Office of Equal Opportunity Programs
P.O. Box 27210
Tucson, Arizona 85726-7210



Oficina de Programas de Igualdad de Oportunidades

Complainant # _____

OEOP USE ONLY

DATE RECEIVED: _____

CAPITULO 17

CUESTIONARIO CONFIDENCIAL DE QUEJA DE DISCRIMINACION DE LA OFICINA DE OPORTUNIDADES IGUALES DE LA CIUDAD DE TUCSON

Con el fin de que la Oficina de Oportunidades Iguales tenga jurisdicción para investigar una queja presentada de acuerdo con el capítulo 17 del Código de la Ciudad de Tucson, han de cumplirse los siguientes requisitos: 1) El tema ha de ser de discriminación. Es necesario demostrar que personas de un grupo diferente que el suyo (*raza, color, relación, antepasados, sexo, edad, discapacidad, origen nacional, orientación sexual, genero, estado familiar o estado matrimonial*) han sido tratadas de una manera diferente que con usted y que la diferencia de tratamiento ha tenido un impacto adverso en su empleo, vivienda o en la negativa o restricción de una instalación o servicio; 2) para quejas de discriminación de empleo, el negocio contra el que usted presenta la queja ha de estar ubicado o incorporado dentro de los límites de la ciudad y no ha de emplear a más de **100** empleados, excepto en casos en los que la discriminación está basada en su orientación sexual, sexo, estado familiar o estado de casado; **3) la queja ha de presentarse durante los siguientes 90 días laborables a partir de la fecha del supuesto acto de discriminación de empleo o alojamiento público con excepción:**

- * ciento ochenta (**180**) días para quejas de viviendas;
- * ciento ochenta (**180**) días para quejas de discapacidad o accesibilidad.

POR FAVOR COMPLETE, FIRME Y NOTARIZE. Si no puede acompletar la forma, por favor incluyé el nombre, relación, y firma de la persona que asistió (formas incompletas no firmadas o no notariadas, no serán aceptadas y serán devueltas)

I. INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE:

Nombre: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código Postal: _____

No. de Teléfono: _____

Indique si ésta es una queja basada en: ____ trabajo ____ hogar ____ Alojamiento Público



Oficina de Programas de Igualdad de Oportunidades

II. TIPO DE QUEJA: ¿En base a qué cree usted que está siendo o ha sido discriminado?

MARQUE SOLO LA BASE APLICABLE.

- Raza _____ Origen Nacional _____ Sexo _____
- Color _____ (Latino, Hispano, Mejicano, etc.) Hostigamiento Sexual
- Religión _____ Orientación Sexual _____ Sexo, embarazo
- Antepasados _____ Gender Identity _____ Estado Familiar _____
- Edad (40+ empleo) _____ Discapacidad Edad (18+ Acomodaciones de viviendas públicas)
- Estado matrimonial _____
- Discriminación **or** Hostigamiento

Retaliación *

* Retaliación debe ser basado en su oposición a la discriminación percibida o en su participación en una investigación o procedimiento de discriminación.

III. NOMBRE(S) DE PERSONA(S) NEGOCIO, PATRON O PROPORCIONADOR DE VIVIENDA QUE LE DISCRIMINA:

- A. Nombre: _____
- Dueño: _____
- Dirección: _____
- Ciudad/Estado/ Código Postal: _____
- No. de Teléfono: _____

Adjunte una página adicional si es necesario y numere la página “III”.

IV. DESCRIBA COMO SE LE DISCRIMINO. (Por cada incidente proporcione fecha del daño y nombre de las personas involucradas. Por favor indique los eventos en orden cronológico por fecha de ocurrencia)

Adjunte una página adicional si es necesario y numérela página “IV”.



Oficina de Programas de Igualdad de Oportunidades

V. INDIQUE LAS PERSONAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO DE LOS EVENTOS DIRECTOS INDICADOS ANTERIORMENTE:

A. Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado _____
Código Postal: _____ No. de Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

B. Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado _____
Código Postal: _____ No. de Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

C. Nombre: _____
Dirección: _____ Ciudad/Estado _____
Código Postal: _____ No. de Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Adjunte una página adicional si es necesario y numere la página “V”.

VI. ¿QUE CONSIDERARIA USTED UNA RESOLUCIÓN APROPIADA PARA SU QUEJA?

Adjunte una página adicional si es necesario y numere la página “VI”.

VII. ¿HA PRESENTADO USTED UNA QUEJA A CUALQUIER OTRA AGENCIA?

Arizona Civil Rights Division []	Fecha _____
Equal Employment Opportunity Commission []	Fecha _____
Southwest Fair Housing Council []	Fecha _____
United States Department of Housing and Urban Development []	Fecha _____
Otro [] _____	Fecha _____

Comentarios adicionales pueden ser adjuntos a esta forma. Por favor adjunte copias de cualquier documentación disponible relacionada con esta queja.



Oficina de Programas de Igualdad de Oportunidades

JURAMENTO DE AFIRMACIÓN:

Afirmo que la información que he proporcionado en esta queja y documentos adjuntos son verdad y son ciertos según mi mejor entender. Comprendo que la Oficina de Oportunidades Iguales se pondrá en contacto con la persona nombrada por mí en esta queja para intentar solucionar la queja.

Firma: _____ Fecha: _____

Subscribed and Sworn to before me this _____ day of _____, _____.

Notary Public

My Commission Expires: _____

Por favor envíela a: **City of Tucson**
 Office of Equal Opportunity Programs
 P.O. Box 27210
 Tucson, Arizona 85726-7210

Updated August 16, 2019