

COMISIÓN DE ASUNTOS HUMANOS DE CAROLINA DEL SUR

1026 Sumter Street Columbia, Carolina del Sur, 29201
Número local (803) 737-7800 Línea gratis (800) 521-0725
Sitio web <http://www.schac.sc.gov>

CUESTIONARIO DE CONSULTA DE EMPLEO INICIAL
Complete todas las secciones que sean pertinentes a su situación

Escriba a máquina o en tinta solamente. Puede agregar páginas adicionales si necesita.

No escriba en la parte trasera de ninguna de las páginas de este Cuestionario.

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

Al firmar y entregar este cuestionario, por este medio usted declara que toda la información presentada es verdadera y correcta según su leal saber y entender.

Nombre completo: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Primer apellido) (Segundo apellido)

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Celular: (_____) _____ Dirección de correo electrónico: _____
(Código de área)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género (marque uno): _____ Masculino _____ Femenino
Mes/ Día/ Año

Raza (marque uno): _____ Negro _____ Blanco _____ Asiático o Isla del Pacífico
_____ Indio Americano o Nativo de Alaska _____ Otro

Origen Nacional (marque uno): _____ Árabe/Afgano _____ Indio del Este _____ Hispano _____ Otro

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

Nombre del negocio: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

¿Qué es lo que esta compañía hace? _____

¿Cuántas personas emplea este negocio, organización o compañía? Incluyendo **todos** los empleados de tiempo completo y medio tiempo en todos los lugares.

_____ Menos de 15 _____ 15 a 100 _____ 101 a 200 _____ 201 a 500 _____ más de 500

2. ¿Es el negocio, organización o compañía nombrada en la pregunta 1 poseída por otro negocio, organización o compañía? Sí No Si lo es, complete lo siguiente:

Corporativo o Sede central: _____

Dirección: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre del contacto en recursos humanos: _____

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

3. ¿Ha establecido **esta misma** denuncia 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, o en la corte?

Sí No Si lo ha hecho, complete lo siguiente:

Nombre de la agencia: _____

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

4. ¿Ha establecido esta denuncia con la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina de Sur? Sí No

Si lo ha hecho, complete lo siguiente sobre el trabajador de la Comisión con el que usted se quejó:

Nombre: _____

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

5. ¿En este momento trabaja usted para el negocio, organización o compañía nombrada en la pregunta 1? Sí No

Si no, **de la fecha** en la que usted fue despedido o renunció: _____

Mes/Día/Año

Complete la siguiente información de su trabajo actual o el trabajo más reciente que usted tuvo con el negocio, organización o compañía nombrada en la pregunta 1:

Día de contratación: _____

Cargo actual o más reciente: _____

Unidad actual o más reciente: _____

Salario actual o más reciente: _____

Supervisor actual o más reciente:

Nombre: _____

Cargo: _____

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

6. ¿Qué fue lo que el negocio, organización o compañía nombrada en la pregunta 1 le hizo a usted? Seleccione todos los problemas que le han sucedido en los últimos 300 días y de la fecha del acontecimiento más reciente de cada uno.

****Nota: Estos problemas deben incluir un estimado actual o aproximación del mes, día y año.**

—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Fue despedido	—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Usted renunció
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Fue disciplinado	—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Fue Suspendido
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Fue negado beneficios	—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Embarazo (día en el que usted le aviso a su empleador)
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Fue negado Igualdad de salario	—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Negado acomodaciones razonables (por discapacidad o creencias religiosas)
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Términos / Condiciones (Responsabilidades, beneficios y deberes diferentes a otros empleados)	—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Fue sujeto de intimidación
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Hostigamiento sexual	—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Hostigamiento – no de manera sexual
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Transferido involuntariamente de:	_____		
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	A:	_____		
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Le negaron transferencia de:	_____		
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	A:	_____		
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Fue degradado de:	_____		
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	A:	_____		
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	Le negaron ascenso de:	_____		
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	A:	_____		

—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	¿Día en que aplicó?	¿Cumplía usted las cualificaciones?	¿Estaba la posición disponible?	¿A quién le dieron la posición?
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)		___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	_____

—
(Mes/ Día/ Año) Le negaron contratación: _____
(Nombre de la posición)

—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)	¿Día en que aplicó?	¿Cumplía usted las cualificaciones?	¿Estaba la posición disponible?	¿A quién le dieron la posición?
—	<u> </u> (Mes/ Día/ Año)		___ Sí ___ No	___ Sí ___ No	_____

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

___ Raza ___ Sexo (*Incluyendo hostigamiento sexual o embarazo*) ___ Edad (*Es usted mayor de 40 años*)

___ Origen nacional (*antepasados*) ___ Color

___ Religión ¿Cuál es su religión? _____

___ Discapacidad ¿Cuál es su discapacidad diagnosticada médicamente? _____

¿Cuál es la duración prevista de su discapacidad? _____

¿Se espera que haya alguna mejoría? ___ Si ___ No Si lo hay, ¿en qué medida? _____

___ ¿Cuándo notificó a su empleador? _____

___ ¿Fue una lesión en el lugar de trabajo? ___ Si ___ No ¿Cuándo ocurrió la lesión? _____

___ ¿Se presentó una demanda de indemnización o compensación por accidente laboral? ___ Si ___ No

___ Si lo hizo, en qué fecha: _____

___ Represalia (*oponerse a una práctica del empleador que es ilegal o participó como testigo en una denuncia*) ¿Se quejó usted sobre su trato con un miembro de la gerencia o administración? ___ Si ___ No

___ Si lo hizo, complete lo siguiente sobre el individuo con el que usted se quejó:

Nombre: _____

Cargo: _____ Fecha de la denuncia: _____

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

___ ¿Ha estado usted involucrado anteriormente en una denuncia contra la discriminación en el trabajo?

___ Si ___ No Si lo ha estado, provea los detalles de la denuncia _____

8. ¿Presuntamente, quien lo perjudicó o lo discriminó?

Nombre: _____ Cargo: _____
(Primer nombre) (Apellidos)

Raza: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Origen nacional: _____ Religión: _____

___ Este individuo era empleado del negocio, organización o compañía nombrada en la pregunta 1?

___ Si ___ No Si no, complete lo siguiente sobre ese individuo:

Empleador: _____

Cargo: _____

Relación de trabajo con usted: _____

9. Por cada elemento/base en las preguntas 6 y 7, declare ordenado por fecha lo sucedido, que le pasó a usted e identifique a todas las persona involucradas por su nombre, cargo en el trabajo, y categoría pertinente (es decir: raza, sexo, edad, etc.) que seleccionó en la pregunta 7. Solo incluya aquellas cosas que ocurrieron durante los últimos 300 días que usted seleccionó en la pregunta 6. (*Adjunte páginas adicionales si lo necesita-**NO ESCRIBA EN LA PARTE TRASERA DE ESTE DOCUMENTO***)

10. ¿Le dieron alguna razón por el trato que usted describe en la pregunta 9? ___ Si ___ No

Si lo hicieron, ¿cuál es/fue la razón(es)? Responda esta pregunta en el mismo orden por fecha como en la pregunta 9.

11. ¿Cuál es su respuesta a la(s) razón(es) enumeradas 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? ___ Si ___ No

Si fue así, complete lo siguiente:

<i>Nombre</i>	<i>Cargo</i>	<i>Raza</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Origen Nacional</i>	<i>Religión</i>	<i>Nombre del supervisor</i>
<i>De una descripción del trato dado a este individuo</i>							
<i>De una descripción del trato dado a este individuo</i>							

13. ¿Hubo otros individuos tratados de **igual o peor manera** que usted bajo las mismas circunstancias o similares?

___ Si ___ No Si fue así, complete lo siguiente:

<i>Nombre</i>	<i>Cargo</i>	<i>Raza</i>	<i>Sexo</i>	<i>Edad</i>	<i>Origen Nacional</i>	<i>Religión</i>	<i>Nombre del supervisor</i>
<i>De una descripción del trato dado a este individuo</i>							
<i>De una descripción del trato dado a este individuo</i>							

14. ¿Hubo algún testigo de los eventos? ___ Si ___ No

15. ¿Tienen esos individuos información relevante, de primera mano que sea material para esta denuncia?

___ Si ___ No

16. ¿Están esos individuos dispuestos a hablar con la Comisión sobre esta denuncia? ___ Si ___ No Si es así, por favor proporcione la información de cada individuo: *(Adjunte hojas extra para testigos adicionales)*

Nombre del testigo: _____
(Nombres) (Primer apellido) (Segundo apellido)

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: Casa (____) _____ Trabajo: (____) _____
(Código de área) (Código de área)

Celular: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____
(Código de área)

Información de acuerdo

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

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

Otro _____

Información de contacto

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

Casa: (____) _____ Horas: _____

Trabajo: (____) _____ Horas: _____

Proporcione la siguiente información de una persona que podrá ponernos en contacto con usted. Este individuo debe ser alguien que NO VIVE con usted.

Nombre del contacto: _____
(Nombres) (Primer apellido) (Segundo apellido)

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: Casa (____) _____ Trabajo: (____) _____
(Código de área) (Código de área)

Celular: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____
(Código de área)

¿Tiene usted un abogado representándolo en este asunto? Si 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 con relación a su denuncia con su abogado hasta que se reciba la **Carta de Representación**.

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

He leído (o se me ha leído) este documento y entiendo la información previa. Entiendo que la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina del Sur no hace promesas o garantías sobre el posible resultado de esta denuncia. Yo certifico que toda la información en este cuestionario es verdadera, precisa y factual a mi leal saber y entender.

Firma del demandante: _____ Fecha: _____