

Formulario de Quejas de los Derechos Humanos de Des Moines  
Queja de discriminación bajo el código del Municipio de Des Moines, Capítulo 62

Este cuadro

**(Para el Uso de la Agencia Solamente)**

Cross file: DOCKET # \_\_\_\_\_ Des Moines Human Rights Commission  
ICRC CP # \_\_\_\_\_ 602 Robert D. Ray Drive  
Cross file: EEOC # \_\_\_\_\_ Des Moines, Iowa 50309

Llámanos a: Teléfono: 515-283-4284 Fax: 515-237-1408

**INFORMACIÓN HISTORIAL**

(escribe en letra de molde legible o a maquina)

1. Su Nombre Legal \_\_\_\_\_ # Seguro Social \_\_\_\_\_

Otro tipo de identificación del gobierno: Tipo \_\_\_\_\_ # identificación \_\_\_\_\_

2. Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

3. Teléfono # \_\_\_\_\_

4. Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_ Raza \_\_\_\_\_ Origen de Nacimiento \_\_\_\_\_

**5. Abajo son bases legales por discriminación.**

¿A base de qué siente Ud que ha sido discriminado? Marca todos los que sean pertinentes.

Edad \_\_

Raza \_\_

Religión \_\_

Creencia \_\_

Color \_\_

Sexo \_\_

Orientación Sexual \_\_

Origen Nacional \_\_

Ascendencia \_\_

Incapacidad \_\_

Estado Civil \_\_

Represalias por: poner una queja, oponer una práctica discriminatoria o por haber participado como testigo en un procedimiento de anti-discriminación. \_\_

**6. Por favor, marque el área donde la discriminación ocurrió.**

\_\_\_ Empleo

\_\_\_ Vivienda

\_\_\_ Alojamiento Público

\_\_\_ Crédito

\_\_\_ Educación

\_\_\_ Practicas Municipales

**7. Por favor, marque la ACCIÓN que la Compañía/Organización tomó en su contra.**

- Rehusar Empleo       Descenso       Rehusar Ascenso  
 Rehusar Beneficios       Negar Servicios       Rehusarse a Alquilar  
 Terminación       Hostigamiento       Discriminación Sexual  
 Trato Diferente       Términos o Condiciones de Empleo  
 Otra (describe por favor) \_\_\_\_\_

**8. Nombre de la Compañía/Organización que le ha discriminado en su contra.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Teléfono #: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

(PARA EL USO DE LA OFICINA SOLAMENTE)		
Registered Agent: _____		
Address: _____		
City _____	State: _____	zip code _____
Telephone: _____	Contact person _____	

**9. ¿Qué tipo de negocio es conducido por la Compañía/Organización?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**10. Personas involucradas en el incidente de discriminación**

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Dirección de casa o trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Dirección de casa o trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Dirección de casa o trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Dirección de casa o trabajo: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Dirección de casa o trabajo: \_\_\_\_\_

**FECHA DEL ACTO DE DISCRIMINACIÓN MÁS RECIENTE:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

<p><b>SI ESTE ES UNA QUEJA DE DISCRIMINACIÓN EN EL EMPLEO-</b> FECHA DE EMPLEO _____ FECHA DE SOLICITUD _____ ¿TODAVIA TRABAJA PARA LA COMPAÑÍA/ORGANIZACIÓN? _____ ¿CUANDO TERMINO SU EMPLEO? _____</p>
--

