



# Condado de Monterey

## OFICINA DE DERECHOS HUMANOS

Juan P. Rodríguez, Oficial de Derechos Humanos

### FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN

**INSTRUCCIONES:** *Complete este formulario lo mejor que pueda. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Su queja será procesada de acuerdo con los Procedimientos de Quejas de Derechos Humanos. Los procedimientos se pueden encontrar en nuestro sitio web o puede solicitar una copia a la Oficina de Derechos Humanos. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con nosotros.*

**Se prohíben las represalias.** Las políticas del Condado de Monterey prohíben las represalias contra quienes denuncian, se oponen o participan en una investigación de presuntas violaciones de políticas. Esto incluye intimidación, amenaza, coerción o discriminación. Cualquier empleado involucrado en una conducta de represalia estará sujeto a medidas disciplinarias. Notifique a la Oficina de Derechos Humanos de inmediato si cree que ocurrieron represalias.

#### INFORMACIÓN PERSONAL

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

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

El mejor número telefónico para contactarlo: \_\_\_\_\_

Método de contacto preferido: Correo Electrónico      Teléfono

¿Necesitará un intérprete durante el proceso de queja?    Sí      No

*En caso afirmativo*, por favor, indique el idioma: \_\_\_\_\_

#### AFILIACIÓN CON EL CONDADO DE MONTEREY

Candidato      Puesto solicitado: \_\_\_\_\_

Voluntario/Pasante      Departamento: \_\_\_\_\_

Proveedor/Trabajador por contrato      Destinatario del servicio/Constituyente/Residente

Empleado      *si está marcado, complete la información a continuación:*

Título/Posición de trabajo: \_\_\_\_\_

Departamento/División: \_\_\_\_\_

Nombre del supervisor: \_\_\_\_\_

Título del supervisor: \_\_\_\_\_

1441 Schilling Place, North Building | Salinas, CA 93901  
Teléfono: 831 755 5117 | TTY: 831 755 5349  
Correo electrónico: [derechoshumanos@countyofmonterey.gov](mailto:derechoshumanos@countyofmonterey.gov)



**INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA**

Idioma principal: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_

Género:      Femenino      Masculino      No-Binario      Otro: \_\_\_\_\_

**CATEGORÍA ÉTNICA**  
*(Marque todas las que apliquen)*

**BLANCO**

*No de origen hispano; todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de Europa.*

**NEGRO/AFROAMERICANO**

*No de origen hispano; todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los grupos raciales negros de África.*

**HISPANO/LATINO/LATINA/LATINX/LATINÉ**

*Todas las personas de origen cubano, mexicano, puertorriqueño, centroamericano o sudamericano, u otra cultura u origen español, independientemente de su raza.*

**ASIÁTICO O ISLEÑO DEL PACÍFICO**

*Todas las personas que tengan orígenes en cualquiera de los pueblos originarios del Lejano Oriente, el sudeste asiático, el subcontinente indio, las islas del Pacífico. Por ejemplo, esta área incluye China, India, Japón, Corea, las Islas Filipinas y Samoa.*

**INDIO AMERICANO O NATIVO DE ALASKA**

*Todas las personas que tienen orígenes en cualquiera de los pueblos originarios de América del Norte y que mantienen una identificación cultural a través de la afiliación tribal o el reconocimiento comunitario.*

**MEDIO ORIENTE Y ÁFRICA DEL NORTE**

*Todas las personas originarias del Medio Oriente y África del Norte.*

**OTRO**

¿Tiene una discapacidad? Sí      No

En caso afirmativo, indique su(s) discapacidad(es): \_\_\_\_\_

¿Tiene una adaptación por discapacidad? Sí      No



# Condado de Monterey

## OFICINA DE DERECHOS HUMANOS

Juan P. Rodríguez, Oficial de Derechos Humanos

### **BASE DE PRESUNTA DISCRIMINACIÓN / ACOSO**

*Verifique la(s) categoría(s) que cree que son la base de la discriminación/acoso en su contra. Si cree que hay más de una base involucrada, marque todas las categorías apropiadas.*

Edad (40 años o más)

Ascendencia

Negación de licencia por cuidado familiar y de médico (incluye el vínculo con un recién nacido, un hijo adoptivo o niño de crianza; o el cuidado de la condición de salud grave de un empleado o de un familiar inmediato)

Discapacidad (mental y física), incluyendo el VIH y el SIDA

Género (incluye identidad de género y expresión de género)

Información genética

Estado civil

Condición médica (cáncer y características genéticas)

Estatus militar y de veterano

Raza (incluyen las restricciones de color, origen nacional e idioma)

Credo religioso (incluye las prácticas religiosas de vestimenta y aseo)

Represalia

Sexo (incluye la orientación, el embarazo, el parto, la lactancia y las afecciones médicas relacionadas con el embarazo)

Acoso sexual

Otros (especifique): \_\_\_\_\_

1441 Schilling Place, North Building | Salinas, CA 93901  
Teléfono: 831 755 5117 | TTY: 831 755 5349  
Correo electrónico: [derechoshumanos@countyofmonterey.gov](mailto:derechoshumanos@countyofmonterey.gov)



**INFORMACIÓN SOBRE LA(S) PERSONA(S) RESPONSABLE(S) DEL PRESUNTO  
DISCRIMINACIÓN**

*(Utilice una página adicional para proporcionar información a las partes adicionales responsables de la presunta discriminación)*

Persona 1

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del primer Incidente: \_\_\_\_\_

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

Persona 2

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del primer Incidente: \_\_\_\_\_

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

Persona 3

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

Departamento: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha del primer incidente: \_\_\_\_\_

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



# Condado de Monterey

## OFICINA DE DERECHOS HUMANOS

Juan P. Rodríguez, Oficial de Derechos Humanos

### **DETALLES SOBRE INCIDENTE(S)**

*Explique cómo fue discriminado, acosado o se le negaron adaptaciones razonables relacionadas con su discapacidad o condición médica. Favor de agregar páginas si es necesario.*

1441 Schilling Place, North Building | Salinas, CA 93901  
Teléfono: 831 755 5117 | TTY: 831 755 5349  
Correo electrónico: [derechoshumanos@countyofmonterey.gov](mailto:derechoshumanos@countyofmonterey.gov)



¿Ha reportado previamente esta información?

Sí      No

*Si contestó afirmativamente, proporcione a quién le reportó la información:*

Nombre de la agencia/oficina/individuo: \_\_\_\_\_

Fecha del informe: \_\_\_\_\_

Describa los resultados conocidos a continuación:

### **RESOLUCIÓN DE QUEJAS**

¿Qué le gustaría que hiciera el Condado en respuesta a su queja? ¿Cuál considera que es el remedio o la resolución ideal para su queja?

### **INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE DEL QUEJOSO**

¿Tiene un abogado que haya aceptado representarlo en este asunto?

Sí      No

*En caso afirmativo, proporcione la información de su abogado:*

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

Nombre de la firma: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_



# Condado de Monterey

## OFICINA DE DERECHOS HUMANOS

Juan P. Rodríguez, Oficial de Derechos Humanos

### **DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD**

El Condado de Monterey no puede garantizar que las quejas permanezcan confidenciales porque los registros pueden estar sujetos a citación, pueden ser proporcionados en juicio o pueden ser divulgados voluntariamente por el Condado si una queja resulta en un litigio. Bajo ciertas circunstancias, los registros pueden estar sujetos a citación por parte de la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC, por sus siglas en inglés), el Departamento de Derechos Civiles de California (CRD, por sus siglas en inglés), u otra agencia estatal o federal. Sin embargo, nuestra oficina hará todos los esfuerzos razonables para mantener la confidencialidad de las quejas y los registros relacionados, en la medida permitida por la ley.

### **DERECHOS DEL QUEJOSO**

**Soy consciente de que puedo presentar este cargo ante la Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo, el Departamento de Derechos Civiles de California u otras agencias estatales y federales. Soy consciente de que cada una de estas agencias tiene requisitos de estatuto de limitaciones y es mi responsabilidad cumplir con las reglas, regulaciones y plazos de presentación de cada agencia.**

**Declaro que toda la información proporcionada es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.**

---

*Firma del quejoso*

---

*Fecha*

1441 Schilling Place, North Building | Salinas, CA 93901  
Teléfono: 831 755 5117 | TTY: 831 755 5349  
Correo electrónico: [derechoshumanos@countyofmonterey.gov](mailto:derechoshumanos@countyofmonterey.gov)

