

Igualdad de Oportunidades en el Empleo
(Externo)

FORMULARIO DE QUEJAS

I. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL DENUNCIANTE

Nombre:			
Dirección:			
Teléfono:	()	Mejor hora para llamar:	
Teléfono alternativo :	()	Mejor hora para llamar:	

II. PROYECTO/INFORMACIÓN DEL CONTRATISTA

Numero de Identificación del proyecto:		Número F.A.P. (Federal Aid Project):	
Nombre del contratista :			
Título del Puesto:			
¿Cuánto tiempo ha estado empleado en su puesto actual, con el contratista?			

III. INFORMACIÓN DE LA QUEJA

1. ¿Quién cree usted que discriminó en contra suya? (Por favor incluya su relación con la persona presentando la queja)
2. Fecha(s) en que se presentó la acción de discriminación.
Continua aun? Si No
3. ¿Donde ocurrió la supuesta acción de discriminación? Indique si fue más de una vez.
4. Base de la acción de discriminación :
 Raza Religión Género Color
 Origen Nacional Edad Discapacidad

5. ¿Cómo fue discriminado(a) (explique: acción disciplinaria recibida, promoción, democión, ambiente de trabajo hostil, etc.)

6. Por favor describa en detalle los incidentes específicos base de la supuesta acción de discriminación.

7. Por favor indique nombre(s) e información de contacto de la(s) persona(s) que pueden ser contactadas para obtener información adicional que respalde o clarifique su queja

8. ¿Ha presentado previamente su queja al contratista o a una persona del SCDOT? En caso afirmativo, por favor indique el nombre, puesto y fecha de discusión.

9. ¿Está familiarizado con el procedimiento de quejas del contratista? En caso afirmativo, ha seguido estos procedimientos?

10. Por favor explique qué acción está buscando para resolver esta queja.

11. Por favor indique si prefiere que esta queja se mantenga anónima hasta que la investigación preliminar sea conducida y/o sea absolutamente necesario revelar su identidad.

12. Por favor proporcione cualquier información adicional que usted considere útil para investigar su queja.

IV. FIRMAS

13. ¿Esta entrevista fue realizada por teléfono?

(en caso afirmativo, omita el #14 y pase al #15).

Yes No

14. _____
Firma del Denunciante (Si aplica)

Fecha

15. _____
Firma del Investigador

Fecha