

# FORMULARIO DE INFORMACION PARA DEMANDAS DE LA RED DE LA FUERZA LABORAL DE TEJAS

PARA USO EXCLUSIVO DE DEPARTAMENTO

Fecha de recibo

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

## Primera parte.

Datos del/de la Demandante		Datos del/de la Demandado/a	
1. NOMBRE DEL/DE LA DEMANDANTE (Apellido Usual, Nombre, Segundo Nombre)		4. NOMBRE DEL/DE LA DEMANDADO(A)	
2a. DOMICILIO PERMANENTE (Calle y número, ciudad, estado, código postal)		5. NOMBRE DEL PATRÓN O CENTRO ÚNICO DE SERVICIOS (WORKFORCE SOLUTIONS OFFICE)	
2b. DOMICILIO TEMPORAL (Si es apropiado)		6. DIRECCIÓN DEL PATRÓN O CENTRO ÚNICO DE SERVICIOS (WORKFORCE SOLUTIONS OFFICE)	
3. NÚMERO DE TELÉFONO PERMANENTE [ ] - NÚMERO DE TELÉFONO TEMPORAL [ ] -		7. TELÉFONO DEL PATRÓN O CENTRO ÚNICO DE SERVICIOS (WORKFORCE SOLUTIONS OFFICE) ( ) -	
8. DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA (Si se necesita más espacio, sírvase utilizar otra(s) hoja(s) y adjuntarla(s) a este formulario)			
9. Al mejor de su conocimiento, ¿cuál de los siguientes programas se concierne con su queja?			
<input type="checkbox"/> Programa de administración de servicios de guardería <input type="checkbox"/> Empleos/Programa de servicios de empleo (SE) <input type="checkbox"/> SNAP/Empleo y Capacitación		<input type="checkbox"/> Choices (Opciones) <input type="checkbox"/> Seguro de desempleo <input type="checkbox"/> Rehabilitación Vocacional <input type="checkbox"/> La Acta Fuerza Laboral de Innovación y Oportunidad (WIOA) <input type="checkbox"/> Otro programa. Especifique:	
10. A lo mejor de su memoria, ¿en qué fecha(s) ocurrió/ocurrieron el/los incidente(s) alegado(s)? Fecha en que ocurrió/ocurrieron por primera vez: / / Fecha más reciente en que ocurrió/ocurrieron: / /			
11. Con respecto a este incidente, ¿Ha presentado un caso o queja con alguno de los siguientes?			
<input type="checkbox"/> Departamento de Justicia de EEUU—División de Derechos Civiles <input type="checkbox"/> La Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) <input type="checkbox"/> Departamento de Trabajo de EEUU—Centro de Derechos Civiles		<input type="checkbox"/> TWC—División de Derechos Civiles <input type="checkbox"/> Tribunal federal o estatal <input type="checkbox"/> Otra entidad	
12. Sírvase anotar a continuación el nombre de cualesquiera personas (testigo, compañero/a de trabajo, supervisor(a), u otras personas) con quienes podemos comunicarnos para obtener información adicional a fin de apoyar o aclarar su queja.			
Nombre		Dirección	Teléfono
_____		_____	_____
_____		_____	_____
_____		_____	_____
13. Si usted alega que hubo discriminación, ¿Cuál de los siguientes describe mejor por qué cree que se discriminó en su contra?			
<input type="checkbox"/> Raza. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Color. _____ <input type="checkbox"/> Religión. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Origen nacional. Especifique: _____		<input type="checkbox"/> Sexo. Especifique: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Edad. Fecha de nacimiento: _____ <input type="checkbox"/> Incapacitación. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Ciudadanía. Especifique: _____	
<input type="checkbox"/> Afiliación política. Especifique: _____ <input type="checkbox"/> Represalia/Desquite (debe basarse en una de las acciones discriminatorias ya mencionadas) <input type="checkbox"/> Especifique: _____			
15. <b>CERTIFICACIÓN: CERTIFICO</b> que a mi leal saber y entender, los datos que proporciono son ciertos y exactos. AUTORIZO la revelación de dichos datos a otras agencias encargadas del cumplimiento de las leyes para fines de la debida investigación de mi queja. ENTIENDO que se mantendrá confidencial mi identidad al mayor grado posible, de acuerdo con las leyes aplicables y una justa resolución de mi queja.			
16. <b>QUIENES DESEEN PRESENTAR DEMANDAS POR DISCRIMINACIÓN</b> pueden presentarlas directamente con la agencia estatal o federal apropiada. (Pida al Representante de Quejas que provea la dirección.)			
17. FIRMA DEL/DE LA DEMANDANTE		19. FECHA EN QUE SE FIRMÓ / /	

## Segunda parte. Para uso exclusivo del personal del Centro de la Fuerza

<p>1. ¿Trabajador(a) agrícola, migrante o de temporada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si marcó Sí, envíe la queja directamente al Texas Monitor Advocate.</p>	<p>2. Si la queja no está relacionada con Servicios de Empleo, ¿se refiere la queja a leyes impuestas por la Sección de Horas y Salarios (WHD) del Departamento de Trabajo o a La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>	
<p>3. Tipo de queja (Marque los cuadrillos correspondientes)</p> <p><input type="checkbox"/> Relacionada con SE número de la orden de trabajo: _____</p> <p><input type="checkbox"/> En contra del servicio de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> En contra del patrón</p> <p><input type="checkbox"/> Contra infracción de reglamentos de WIOA</p> <p><input type="checkbox"/> Alegación de infracción de ley(es) sobre empleos</p> <p><input type="checkbox"/> No relacionada con SE</p>	<p>4. Tipo de queja (Marque los cuadrillos correspondientes)</p> <p><input type="checkbox"/> Relacionada con salarios</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajo de menores, <input type="checkbox"/> Pesticidas</p> <p><input type="checkbox"/> Condiciones de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Salud/seguridad</p> <p><input type="checkbox"/> La Ley para la Protección de los Obreros Agrícolas Migratorios y de Temporada (MSPA)</p> <p><input type="checkbox"/> Discriminación por discapacidad</p> <p><input type="checkbox"/> Discriminación*</p> <p><input type="checkbox"/> Otro. Especifique. _____</p>	<p>5. Empleador/Criterio H-2A:</p> <p><input type="checkbox"/> EEUU/Trabajador(a) doméstico(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Trabajador(a) H-2A</p> <p><input type="checkbox"/> Salario</p> <p><input type="checkbox"/> Transporte</p> <p><input type="checkbox"/> Comida</p> <p><input type="checkbox"/> Vivienda</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>

\*PARA QUEJAS DE DISCRIMINACIÓN SOLAMENTE: Las personas que deseen presentar quejas de discriminación pueden presentar su queja con la Fuerza Laboral de Texas, El Oficial de la Igualdad de Oportunidades o con el Departamento de Trabajo, el Centro de Derechos Civiles, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-4123, Washington, DC 20210.

<p>6a. Referencias a otras agencias (Marque una) →</p> <p><input type="checkbox"/> Salarios y Horarios/ESA/US DOL</p> <p><input type="checkbox"/> La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA/US DOL)</p> <p><input type="checkbox"/> TWC, la División Civil de Derechos</p> <p><input type="checkbox"/> TWC, Sección de la Ley de Trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> La Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC)</p> <p><input type="checkbox"/> Otra agencia: _____</p> <p>6b. Seguimiento: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Trimestral</p> <p>6c. Fecha de Seguimiento: _____/_____/_____</p>	<p>7. Dirección de la agencia de referencias (Calle y número, ciudad, estado, código postal, número telefónico)</p>
---	---

8. Observaciones (Si se necesita más espacio, sírvase utilizar otra hoja.)

¿Se proveen servicios de SE?  Sí  No En caso negativo, explique.

9. ¿Se resolvió la queja?  Sí  No En caso negativo, explique.

<p>10. Nombre y título de la persona que recibió la queja</p>	<p>11. Teléfono ( ) -</p>
<p>12. Dirección del Centro de la Fuerza Laboral (Calle y número, ciudad, código postal)</p>	<p>13. Número de Centro de Costo: _____</p> <p>14. Número de LWDA: _____</p>
<p>15. Firma</p>	<p>16. Fecha / /</p>

### Instrucciones para empleados del Centro de la Fuerza Laboral

**PRIMERA PARTE, Punto 16.** Si el reclamante prefiere enviar su forma de queja, provea la dirección de la agencia estatal o federal apropiada.

**SEGUNDA PARTE, Punto 1.** Marque el "Sí" cuando la persona que presenta la queja cumple con todos los criterios a continuación: haber trabajado un total de 25 o más días durante los 12 meses anteriores en un trabajo de tipo agrícola; haber obtenido no menos del 50 por ciento de sus ganancias de actividades relacionadas con la agricultura; y no haber sido ocupado durante todo el año por el mismo patrón.

**SEGUNDA PARTE, Punto 3.** Marque "Relacionada con SE" y anote el número de la orden de trabajo que se expidió cuando el/la demandante fue enviado/a al patrón con una orden válida de trabajo de la TWC. Se marcará "Contra el Servicios de Empleo" cuando la queja sea en contra del servicio de trabajo. Se marcará "Contra el patrón" cuando se alegue que el empleado que aparece en la demanda como "Demandado/a" no cumplió con los "términos y condiciones" de la orden de trabajo, es decir, en cuanto a las horas de trabajo, el salario a pagar, etc., o cuando se alegue el incumplimiento de una ley relacionada con el empleo, tal como la Ley de Derechos Civiles de 1964, reformada, o la Ley de Normas Laborales Justas.

**SEGUNDA PARTE, Punto 6.** Marque la agencia adonde la queja fue mandada.

**SEGUNDA PARTE, Punto 7.** Incluya la información de contacto (nombre, dirección, teléfono) de la agencia referida.