

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

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)													
2. DOMICILIO PERMANENTE (Dirección, ciudad, estado, código postal) Calle y número:		5. NOMBRE DEL PATRÓN													
Ciudad, Estado, Código Postal:		6. DIRECCIÓN DEL PATRÓN													
3. TELÉFONO PERMANENTE OTRO NÚMERO DE TELÉFONO [] - [] -		7. TELÉFONO DEL PATRÓN [] -													
8. DESCRIPCIÓN DE LA QUEJA (Si se necesita más espacio, sírvase utilizar otra(s) hoja(s) y adjuntarla(s) a este formulario)															
9. A su mejor saber y entender, ¿de cual de los siguientes programas se trata? <div><input type="checkbox"/> De la asistencia pública a la obtención de trabajo</div> <div><input type="checkbox"/> TANF/Opciones</div> <div><input type="checkbox"/> Ley de Inversiones en la Fuerza Laboral (WIA)</div> <div><input type="checkbox"/> Empleos/Programa de servicios de empleo</div> <div><input type="checkbox"/> Seguro de desempleo</div> <div><input type="checkbox"/> Otro programa: Especifique.</div> <div><input type="checkbox"/> Estampillas para comida: Empleo y capacitación</div> <div><input type="checkbox"/> Programa de administración de servicios de guardería</div>															
10. A su mejor memoria, ¿en qué fecha(s) ocurrió/ocurrieron el o los incidente(s) alegado(s)? Fecha en que ocurrió/ocurrieron por primera vez: / / Fecha más reciente en que ocurrió/ocurrieron: / /															
11. Con respecto a dicho incidente, ¿ya promovió usted una acción o demanda ante cualquiera de las autoridades a continuación? <div><input type="checkbox"/> Centro de Derechos Civiles del Departamento Federal del Trabajo</div> <div><input type="checkbox"/> División de Derechos Civiles del Departamento Federal de Justicia</div> <div><input type="checkbox"/> Comisión Federal de Igualdad de Oportunidades en el Trabajo</div> <div><input type="checkbox"/> Un tribunal federal o estatal</div> <div><input type="checkbox"/> TWC, la División Civil de Derechos</div> <div><input type="checkbox"/> Otra entidad</div>															
12. Sírvase anotar a continuación el nombre de cualquier 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. <table><thead><tr><th>Nombre</th><th>Dirección</th><th>Teléfono</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>				Nombre	Dirección	Teléfono									
Nombre	Dirección	Teléfono													
13. Si usted alega que hubo discriminación, ¿cuál de los conceptos a continuación es el que mejor corresponde a la razón por la cual se considera discriminado/a? <div><input type="checkbox"/> Raza. Especifique:</div> <div><input type="checkbox"/> Sexo. <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer</div> <div><input type="checkbox"/> Represalia/Desquite.</div> <div><input type="checkbox"/> Color.</div> <div><input type="checkbox"/> Ciudadanía.</div> <div><input type="checkbox"/> Incapacitación</div> <div><input type="checkbox"/> Religión. Especifique:</div> <div><input type="checkbox"/> Especifique:</div> <div><input type="checkbox"/> Edad. Fecha de nacimiento:</div> <div><input type="checkbox"/> Origen nacional. Especifique:</div> <div><input type="checkbox"/> Afiliación política. Especifique:</div>															
14. CERTIFICACIÓN: CERTIFICO 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.															
15. QUIENES DESEAN PRESENTAR DEMANDAS POR discriminación pueden presentarlas directamente con la agencia estatal o federal apropiada. (Pida al Representante de Queja que le provea la dirección)															
16. FIRMA DEL/DE LA DEMANDANTE		17. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL - -	18. FECHA EN QUE SE FIRMÓ / /												

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

1. ¿Trabajador(a) agrícola, migrante o de temporada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó Sí, envíe la queja directamente al Texas Monitor Advocate		2. Si la queja no está relacionada con Servicios de Empleo (SE), ¿se refiere la queja a leyes cuyo cumplimiento corresponde a la Administración Federal de Normas Laborales (Salarios y Horarios) o a OSHA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
3. Tipo de queja (Marque los cuadrillos correspondientes) <input type="checkbox"/> Relacionada con SE Orden de trabajo número; _____ <input type="checkbox"/> En contra del servicio de trabajo <input type="checkbox"/> En contra del patrón <input type="checkbox"/> Contra infracción de reglamentos de SE <input type="checkbox"/> Alegación de infracción de ley(es) sobre empleos <input type="checkbox"/> No relacionada con SE		4. Tipo de queja (Marque los cuadrillos correspondientes) <input type="checkbox"/> Relacionada con salarios <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Trabajo de menores <input type="checkbox"/> Pesticidas <input type="checkbox"/> Condiciones de trabajo <input type="checkbox"/> Salud/seguridad <input type="checkbox"/> Ley de Protección de Trabajadores Agrícolas Migrantes/de Temporada (MSPA) <input type="checkbox"/> Discriminación <input type="checkbox"/> Otro concepto: Especifique. _____		Empleado/Criterio H-2A <input type="checkbox"/> EEUU/Trabajador(a) doméstico(a) <input type="checkbox"/> Comida <input type="checkbox"/> Trabajador(a) H-2A <input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otro
5. Referencias a otras agencias (Marque una) → <input type="checkbox"/> Salarios y Horarios/ESA/U.S. DOL <input type="checkbox"/> TWC, la División Civil de Derechos <input type="checkbox"/> TWC, Sección de la Ley de Trabajo (Reivindicaciones Salariales) <input type="checkbox"/> OSHA <input type="checkbox"/> EEOC <input type="checkbox"/> Otra agencia:		6. Dirección de la agencia de referencias (Calle y número, ciudad, estado, código postal, número telefónico)		
7. Observaciones (Si se necesita más espacio, sírvase utilizar otra hoja.) ¿Se prestaron servicios de SE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, explique.				
8. Nombre y cargo de la persona que recibió la queja		9. Teléfono [] -		
10. Dirección del Centro de la Fuerza Laboral (Calle y número, ciudad, código postal)		11. Teléfono del Centro de la Fuerza Laboral: _____ 12. Número de LWDA: _____		
13. Firma		14. Fecha / /		
<div>Instrucciones para el personal del Centro de la Fuerza Laboral</div> <div>PRIMERA PARTE, punto 15: Si el Reclamante prefiere enviar su forma de queja, proporcione la agencia Estatal o Federal apropiada que envía a la dirección. (Refiérase al Procedimiento de Queja, Tabla II para la dirección)</div> <div>PRIMERA PARTE, punto 17: La Ley de Privacidad de 1974 exige que se informe a las personas de que la revelación de su número de seguro social es voluntaria/obligatoria; si es obligatoria, que se indique bajo qué estatuto o autoridad se solicita; y, en caso de que se revele, considerando que el número pasa a ser documento público, que se informe para qué será utilizado. No puede haber acceso al número de la cuenta de seguro social a partir de otros documentos de servicios de empleo.</div> <div>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. (Refiérase a la Tabla II para la dirección)</div> <div>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" del 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.</div> <div>SEGUNDA PARTE, punto 5: Marque la agencia adonde la queja fue mandada.</div> <div>SEGUNDA PARTE, punto 6: Incluya la información de contacto (nombre, dirección, teléfono) de la agencia adonde fue mandada. (Refiérase a la Tabla II para la dirección)</div>				

Texas Workforce Network es un programa de oportunidades de igualdad del empleo.
Ayudantes auxiliares y servicios están disponibles a petición para individuos con incapacidades.
Relay Texas: 1-800-735-2989 (TTY); 1-800-735-2988 (Voz); 1-800-662-4954 (Español)

Formatted: Font: 4 pt
Formatted: Line spacing: At least 4 pt
Formatted: Space After: 3 pt

Formatted: Space After: 3 pt