### *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 (ONE-STOP CENTER) | | | | | | | | |
| 2b. DOMICILIO TEMPORAL (Si es apropiado) | | | | | 6. DIRECCIÓN DEL PATRÓN O Centro único DE SERVICIOS (ONE-STOP CTR) | | | | | | | | |
| 1. NÚMERO DE TELÉFONO PERMANENTE [     ]     -   NÚMERO DE TELÉFONO TEMPORAL [     ]     - | | | | | 7. TELÉFONO DEL PATRÓN O Centro únicO DE SERVICIOS (ONE-STOP CTR)  [     ]     - | | | | | | | | |
| 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? | | | | | | | | | | | | | |
| Programa de administración de servicios de guardería  Empleos/Programa de servicios de empleo (SE)  SNAP/Empleo y Capacitación | | | TANF/Opciones  Seguro de desempleo  De la asistencia pública a la obtención de trabajo | | | | | | | La Acta Fuerza Laboral de Innovacion y Oportunidad (WIOA)  Otro programa: Especifique. | | | |
| 10. A lo mejor de su 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 este incidente, ¿Ha presentado un caso o queja con alguno de los siguientes? | | | | | | | | | | | | | |
| Departamento de Justicia de EEUU - División de Derechos Civiles  La Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC)  Departamento de Trabajo de EEUU - Centro de Derechos Civiles | | | | | | | | TWC - División de Derechos Civiles  Tribunal federal o estatal  Otra entidad | | | | | |
| 1. 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 crees que se discriminó en tu contra? | | | | | | | | | | | | | |
| Raza. Especifique:  Color.  Religión. Especifique:  Origen nacional. Especifique: | Sexo. Especifique: HombreMujer  Edad. Fecha de nacimiento:  Incapacitación. Especifique:  Ciudadanía. Especifique: | | | | | | | | Afiliación política. Especifique:  Represalia/Desquite (debe basarse en una de las acciones discriminatorias ya mencionadas)  Especifique: | | | | |
| 15. **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. | | | | | | | | | | | | | |
| 16. **Quienes deseEn presentar demandas por discriminación** pueden presentarlas directamente con la agencia estatal o federal apropiada. (Pida al Representante de Quejas que provea la dirección.) | | | | | | | | | | | | | |
| 17. FIRMA DEL/DE LA DEMANDANT | | | | | | 19. FECHA EN QUE SE FIRMÓ     /    / | | | | | | |  |
| **Segunda parte. Para uso exclusivo del personal del Centro de la Fuerza Laboral**  **Part II. For Workforce Solutions Staff Use Only** | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Trabajador(a) agrícola, migrante o de temporada?   Sí  No  Si marcó Sí, envíe la queja directamente al Texas Monitor Advocate | | | | 1. 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)?   Sí  No | | | | | | | | | |
| 1. Tipo de queja (Marque los cuadritos correspondientes)   Relacionada con SE Orden de trabajo número:  En contra del servicio de trabajo  En contra del patrón  Contra infracción de reglamentos de WIOA  Alegación de infracción de ley(es) sobre empleos  No relacionada con SE | | | | 1. Tipo de queja (Marque los cuadritos correspondientes)   Relacionada con salarios  Vivienda  Trabajo de menores  Condiciones de trabajo  Salud/seguridad  La Ley para la Protección de los Obreros Agrícolas Migratorios y de Temporada (MSPA)  Discriminación por discapacidad  Discriminación\*  Otro concepto: Especifique. | | | | | | | | 1. Empleado/Criterio H-2A:   EEUU/Trabajador(a)  doméstico(a)  Trabajador(a) H-2A  Salario  Transporte  Comida  Vivienda  Otro: | |
| \*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 Igualdad Oportunidades o con el Departamento de Trabajo, el Centro de Derechos Civiles, 200 Constitution Avenue, NW, Room N-4123, Washington, D.C. 20210. | | | | | | | | | | | | | |
| 6a. Referencias a otras agencias (Marque una)  Salarios y Horarios/ESA/U.S. DOL  La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA/U.S. DOL)  TWC, la División Civil de Derechos  TWC, Sección de la Ley de Trabajo  La Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC)  Otra agencia:  6b. Seguimiento: 6c. Fecha de Seguimiento:  Sí  Mensual      /     /  No  Trimestral | | | | | | | 7. Dirección de la agencia de referencias (Calle y número, ciudad, estado, código postal, número telefónico) | | | | | | |
| 1. Observaciones (Si se necesita más espacio, sírvase utilizar otra hoja.)     ¿Se prestaron servicios de SE?  Sí  No En caso negativo, explique. | | | | | | | | | | | | | |
| 1. ¿Se resolvió la queja?  Sí  No En caso negativo, explique. | | | | | | | | | | | | | |
| 10. Nombre y titulo de la persona que recibió la queja | | | | | | | 11. Teléfono  [     ]     - | | | | | | |
| 12. Dirección del Centro de la Fuerza Laboral (Calle y número, ciudad, código postal) | | | | | | | 1. Número de Centro de Costo: 2. Número de LWDA: | | | | | | |
| 15. Firma | | | | | | | 1. 16. Fecha       /       / | | | | | | |
| **Instrucciones para empleados del Centro de la Fuerza Laboral**  **PRIMERA PARTE, Punto 16.** Si el Reclamante prefiere enviar su forma de queja, proporcione la agencia Estatal o Federal apropiada que envía a la dirección.  **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" 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.  **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 | | | | | | | | | | | | | |