

**GOBIERNO DEL DISTRITO DE COLUMBIA
OFICINA DE DERECHOS HUMANOS**



**FORMULARIO DE DENUNCIA PÚBLICA EN RELACIÓN CON
EL ACCESO A LA EDUCACIÓN**

**EL LLENAR ESTE CUESTIONARIO NO CONSTITUYE UNA ACUSACIÓN DE
DISCRIMINACIÓN.**

**441 4th Street, NW
Suite 570 North
Washington, DC 20001
Telephone: 202-727-4559
Fax: 202-727-9589**

Declaración de exoneración de responsabilidad: La información solicitada aquí ayudará a la Oficina de Derechos Humanos del DC (OHR) a determinar si hay suficientes alegaciones de discriminación para presentar una denuncia, según lo disponen, entre otras leyes y reglamentos, la Ley de Derechos Humanos del D.C. de 1977, según enmendada, el Título VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, el Título I de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) y la Ley Contra Discriminación por Edad en el Empleo (ADEA). Sírvase llenar el siguiente formulario completamente y a su leal saber y entender. Este formulario está sujeto a la revisión y aceptación de la OHR.

Aviso de no discriminación

De conformidad con la Ley de Derechos Humanos de 1977 del Distrito de Columbia (D.C.), según enmendada, el Código Oficial del D.C., Sección §2-1401.01 *et seq.*, (Ley), el Distrito de Columbia no discrimina basándose en la realidad o la percepción de: raza, color, religión, origen nacional, sexo, edad, estado civil, apariencia personal, orientación sexual, identidad o expresión relacionada con el género, estado familiar, responsabilidades de familia, incapacidad, matrícula, afiliación política, fuente de ingresos o lugar de residencia o negocio. El acoso sexual es una forma de discriminación sexual que está prohibida por la Ley. Además, el acoso basado en cualquiera de las categorías protegidas detalladas anteriormente también está prohibido por la Ley. La discriminación contraria a la ley no será tolerada. Los infractores quedarán sujetos a medidas disciplinarias.

***Los campos marcados con un asterisco (*) a la derecha son obligatorios**

1. DEMANDANTE

***Fecha:**

*Nombre:	
*Dirección:	
*Ciudad/Estado/Código postal:	
*Tel # (C):	*Tel # (T):
*Raza: _____ *Sexo: _____	*No. de Seguro Social: _____ *Fecha de nacimiento: _____
*Idioma que se habla principalmente en su familia: __Español __ Amhárico __ Chino __Vietnamita __ Coreano __ Otro	
*Correo electrónico:	
CONTACTO ALTERNATIVO SI NO PODEMOS COMUNICARNOS CON USTED:	
*Nombre:	
*Dirección:	
*Ciudad/Estado/Código postal:	
*Tel # (C):	*Tel # (T):
*SI TIENE REPRESENTACIÓN DE UN ABOGADO, PROVEA LA INFORMACIÓN SIGUIENTE:	
Nombre: _____ Teléfono/Fax: _____	
Dirección: _____	
*Sírvasenotar: Si tiene representación de un abogado o contrata a uno antes de la fecha programada para su entrevista de admisión, el abogado debe (1) estar presente con usted durante toda la entrevista de admisión, o bien (2) excusarse oficialmente de su asistencia a la entrevista por medio de una carta enviada a la Oficina en la que indica que la entrevista puede realizarse sin su representación.	
2. DEMANDADO	
*Nombre de la compañía u organización:	
*Nombre y cargo del funcionario principal (por ejemplo, presidente, dueño, administrador de recursos humanos):	
*Tipo de negocio:	
*Dirección:	

*Ciudad/Estado/Código postal:

*Tel #:

Fax #:

3. FUNDAMENTO DE LA DENUNCIA

El fundamento es el motivo por el cual lo trataron de manera distinta de los demás que no pertenecen a su clase protegida.

*Cree que se discriminó en contra suya debido a su: (Sírvase marcar la casilla correspondiente y dar los detalles que sean necesarios.)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raza _____ | <input type="checkbox"/> Sexo _____ | <input type="checkbox"/> Edad _____ |
| <input type="checkbox"/> Origen nacional _____ | <input type="checkbox"/> Religión _____ | <input type="checkbox"/> Responsabilidades familiares |
| <input type="checkbox"/> Color _____ | <input type="checkbox"/> Incapacidad _____ | <input type="checkbox"/> Estado familiar |
| <input type="checkbox"/> Fuente de ingresos | <input type="checkbox"/> Matrícula | <input type="checkbox"/> Estado civil |
| <input type="checkbox"/> Apariencia personal | <input type="checkbox"/> Información genética | <input type="checkbox"/> Orientación sexual |
| <input type="checkbox"/> Identidad o expresión relacionada con el género | <input type="checkbox"/> Afiliación política | |

*4. JURISDICCIÓN

- La violación que se alega ocurrió en el Distrito de Columbia.
- La violación que se alega ocurrió hace 365 días o menos (6 meses o menos en el caso de empleados del gobierno del D.C.).
- Por lo menos 1 empleado (más de 15 empleados para compaginar el expediente con la EEOC).
- No ha entablado ninguna otra acción civil, penal o administrativa ante ningún otro foro basándose en la misma práctica discriminatoria ilegal descrita en este formulario.

5. INSTITUCIÓN EDUCATIVA

*¿Qué medida se tomó que le hace creer que lo trataron de manera distinta?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Términos y condiciones | <input type="checkbox"/> No se hicieron arreglos especiales | <input type="checkbox"/> Denegación de servicios |
| <input type="checkbox"/> Admisión o cuotas de admisión | <input type="checkbox"/> Participación en un programa | <input type="checkbox"/> Plan de estudios |

Otra: _____

*Fecha del incidente alegado: _____

*Servicio que usted solicitó: _____

*Persona que le negó el servicio solicitado:

*Nombre: _____ *Cargo: _____

*¿Cómo difiere esta persona de usted? (es decir, ¿cuál es la característica protegida de esta persona?):

*¿Ha tratado usted de resolver el asunto con el demandado? De ser así, sírvase indicar con quién habló y cuál fue su respuesta:

6. SU DENUNCIA

*Describa detalladamente el incidente, o los incidentes, que lo impulsaron a presentar una denuncia de discriminación. Sírvase indicar las fechas, así como los nombres de las personas que discriminaron en contra suya al negarle un empleo, ascenso, capacitación, bienes, servicios, servicios educativos, etc. Si ésta es una denuncia a causa de una incapacidad, sírvase especificar si solicitó un arreglo especial, a quién le presentó la solicitud y la fecha en que se informó al demandante sobre su incapacidad.

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA: JURISDICCIÓN

- La violación que se alega ocurrió en el Distrito de Columbia.

- La violación que se alega ocurrió hace 365 días o menos (6 meses o menos en el caso de empleados del gobierno del D.C.).

- El demandante no ha entablado ninguna otra acción civil, penal o administrativa ante ningún otro foro basándose en la misma práctica discriminatoria ilegal descrita en este formulario.