

EOC Case No.
EEOC Case No.

COMPLAINT OF DISCRIMINATION (QUERRELLA DE DISCRIMINACIÓN)

COMPLAINANT (QUERELLANTE)

Name (Nombre): _____
Address (Dirección): _____
City (Ciudad): _____ **State** (Estado): _____ **Zip Code** (Código Postal): _____
Telephone (Teléfono): **Primary** (Primario): _____
Email (Email): _____

RESPONDENT (DEMANDADO)

Name (Nombre): _____
Address (Dirección): _____
City (Ciudad): _____ **State** (Estado): _____ **Zip Code** (Código Postal): _____
Telephone (Teléfono): _____

COMPLAINANT'S CONTACT PERSON (Name someone (other than spouse) who would know how to reach Complainant)

Name (Nombre): _____
Address (Dirección): _____
City (Ciudad): _____ **State** (Estado): _____ **Zip Code** (Código Postal): _____
Telephone (Teléfono): _____
Email (Email): _____

THIS COMPLAINT CONCERNS: (ESTA QUERRELLA ES REFERENTE A:)

- Housing** (Vivienda) **Public Accommodations** (Acomodaciones Publicas)
 Employment (Empleo) **City Services** (Servicios de la ciudad)

IN REFERENCE TO: (EN REFERENCIA A:)

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Sex (Sexo) _____ | <input type="checkbox"/> Student (Estudiante) | <input type="checkbox"/> National Origin/Ancestry (Origen Nacional / Descendencia) _____ |
| <input type="checkbox"/> Color (Color) _____ | <input type="checkbox"/> Political Beliefs (Creencias Políticas) | <input type="checkbox"/> Social Security (Seguro Social) |
| <input type="checkbox"/> Age (Edad) DOB _____ | <input type="checkbox"/> Physical Appearance (Apariencia Física) | <input type="checkbox"/> Domestic Partners (Compañeros Domésticos) |
| <input type="checkbox"/> Race (Raza) _____ | <input type="checkbox"/> Retaliation (Represalias) | <input type="checkbox"/> Citizenship (Ciudadanía) |
| <input type="checkbox"/> Disability (Incapacidad) _____ | <input type="checkbox"/> Less Than Honorable Discharge from the Military (Licenciamiento deshonoroso del ejército) | <input type="checkbox"/> Gender Identity (Identidad de género) _____ |
| <input type="checkbox"/> Arrest Record (Arresto) | <input type="checkbox"/> Familial Status (Estado Familiar) | <input type="checkbox"/> Genetic Identity (employment and housing) (Información genética) |
| <input type="checkbox"/> Conviction Record (Condena) | <input type="checkbox"/> Source of Income (Fuente de Ingreso) | <input type="checkbox"/> Victim of Domestic Abuse, Sexual Assault or Stalking (housing) (Ser víctima de violencia domestica, agresión sexual o acoso/hostigamiento – vivienda) |
| <input type="checkbox"/> Non-Religion (No Religión) | <input type="checkbox"/> Homelessness (El estar sin vivienda) | <input type="checkbox"/> Credit History (employment) (Historial de crédito - empleo) |
| <input type="checkbox"/> Religion (Religión) _____ | | <input type="checkbox"/> Unemployment (employment) (Desempleo - empleo) |
| <input type="checkbox"/> Sexual Orientation (Orientación Sexual) _____ | | |
| <input type="checkbox"/> Marital Status (Estatus civil) _____ | | |

EXPLAIN WHAT WAS DONE THAT YOU BELIEVE WAS DISCRIMINATORY (EXPLIQUE LO QUE LE OCURRIO QUE USTED CREE ES DISCRIMINACION) (La información debe ser provista en Ingles):

1. Which protected class(es) do you feel you were discriminated against? (While you may identify yourself as a member of many protected classes, it is only necessary to note the class(es) you feel you were discriminated against in your complaint, i.e., disability) ¿Contra qué clase o clases protegidas considera que sufrió discriminación? (Aunque usted se puede identificar como miembro de varias clases protegidas, en su queja solo es necesario señalar la clase [o las clases] contra la cual, o las cuales, usted sufrió discriminación; por ejemplo, discapacidad)

2. What adverse action did you suffer? (i.e., harassment, failure to hire, etc.) ¿Qué acto discriminatorio sufrió? (Por ejemplo: acoso, no ser contratado, etc.)

3. How is your protected class related to the treatment you received? (i.e., how would individuals outside of your class been treated?) ¿Como esta relacionada su clase protegida con el trato que recibió? (Es decir, ¿qué trato hubiesen recibido las personas que no pertenecen a su clase?)

4. Why do you believe this action was discriminatory? ¿Por qué considera que este acto fue discriminatorio?

WITNESSES (If more space is needed, please use another sheet.)

Name (Nombre): _____

Address (Dirección): _____

City (Ciudad): _____ **State** (Estado): _____ **Zip Code** (Código Postal): _____

Telephone (Teléfono): _____

DESIRED RELIEF

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Apology | <input type="checkbox"/> Expunge personnel file | <input type="checkbox"/> Moving expenses |
| <input type="checkbox"/> Attorney fees | <input type="checkbox"/> Job | <input type="checkbox"/> Out of pocket expenses |
| <input type="checkbox"/> Backpay/frontpay | <input type="checkbox"/> Letter of reference | <input type="checkbox"/> Training |
| <input type="checkbox"/> Difference in rent | <input type="checkbox"/> Monetary settlement | <input type="checkbox"/> Vacant unit |
| <input type="checkbox"/> Other _____ | | |

Is complaint being filed within 300 days (1 year for housing cases) after the alleged discrimination occurred?

- Yes (relevant date _____) No

X

Signature of complainant or authorized representative

(Firma del Querellante o de su Representante Autorizado)

How many people does Respondent employ? 14 or less
 15 or more

Date Signed:
Firmada en: _____

