



## FORMULARIO Y PROCEDIMIENTO PARA LLEVAR A CABO UNA QUEJA POR DISCRIMINACION

[A petición de los interesados, este Formulario para llevar a cabo una Queja por Discriminación estará disponible en español y en diferentes formatos]

---

- La Ciudad de Las Cruces (“La Ciudad”) no tolera ningún tipo de discriminación. Este documento representa el formulario universal para someter una queja por discriminación y el proceso de resolución de dicha queja.
- El formulario y el proceso aplican a quejas por discriminación ilícita, esto pertinente a contratos de la Ciudad, empleo, programas, servicios y ajustes/arreglos razonables para el público.
- El proceso y formulario de la Ciudad están designados para cumplir con las Ordenanzas de la Ciudad y con la legislación federal y estatal, incluyendo pero no limitándose a: Ley de Derechos Humanos de Nuevo México de 1969. Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964, la Ley de Estadounidense de Discapacitados de 1990, Ley de Reajuste de 1974 para los Veteranos de la Era de Vietnam, la Ley de Derechos a Contratación y Recontratación de los Servicios Uniformados de 1994, la Ley de 1967 de Discriminación por Edad en el Empleo, según su enmienda, la Ley Sobre la Igualdad de Retribución/Salarial, de 1963, según su enmienda, la Ley del 2008 contra la Discriminación por Información Genética y E. O. 11246.
  - Dentro de los primeros (30) treinta días hábiles de que el querellante se ha percatado de cualquier presunto acto, evento, circunstancia, condición o termino discriminatorio ilícito, puede éste someter una queja por discriminación con el Coordinador EEO/ADA de la Ciudad de Las Cruces. Las leyes federales no discriminatorias permiten de 180 a 300 días para someter una queja formal por discriminación en las agencias federales.
  - Dentro de cinco (5) días hábiles se iniciará la investigación.
  - Dentro de cuarenta y cinco (45) días hábiles el Coordinador EEO/ADA deberá de mandar un reporte por escrito al Abogado de la Ciudad.
  - El Abogado de la Ciudad, o su representante, tiene catorce (14) días hábiles para girar una determinación/decisión.
  - Dentro de cinco (5) días hábiles, el Administrador de la Ciudad, o su representante, deberá de revisar la determinación y/o el reporte y mandar la determinación al Director del Departamento pertinente para que se tome acción.
- El Coordinador EEO/ADA de la Ciudad, o su representante, deberá de notificarle al querellante acerca del reporte y/o de la determinación, e informarle a la Comisión para la Igualdad de Oportunidad en el Empleo de los Estados Unidos, a la Comisión de Equidad de Oportunidad en el Empleo de E.U., al Departamento de Solución/Apoyo de Trabajo Laboral de Nuevo México, a la División de Derechos Humanos, al Departamento del Trabajo, al Departamento de Justicia, a la Administración de Transportación Federal, y/o cualquier otra autoridad federal o estatal pertinente. *En cualquier momento, cualquier persona puede someter una queja en estas agencias federales.*

- La Ciudad está orgullosa de prestarle servicios a usted. Si usted cree que ha pasado por la experiencia de ser discriminado ilícitamente al solicitar empleo con la Ciudad, o de parte de contratistas de la Ciudad, o cuando acceso a programas y servicios de la Ciudad, o de parte de algún negocio privado no relacionado con la Ciudad en una función pública, o cuando adquiría servicios o bienes de consumo. Si lo anterior le ocurre, entonces una queja formal (por escrito) se puede enviar para su atención al siguiente domicilio:

EEO/ADA Coordinator  
 City of Las Cruces  
 P. O. Box 20000  
 700 North Main Street, Suite 2200  
 Las Cruces, New Mexico, 88004  
 Teléfono: (575) 528-3227; Fax: (575) 528-3020

NOMBRE DEL QUERELLANTE (Letra de Molde): \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO DEL QUERELLANTE: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: (calle o apartado postal): \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado y Código Postal \_\_\_\_\_

TELEFONO: Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_ Casa: \_\_\_\_\_

**Solo que se indique lo contrario, toda la correspondencia por escrito deberá de ser enviada al correo electrónico o al domicilio mencionado anteriormente.**

**NOTA: ES SU RESPONSABILIDAD PROPORCIONAR INFORMACION QUE APOYE LOS ALEGATOS DE SU QUEJA POR DISCRIMINACION. POR FAVOR CONTESTE LO SIGUIENTE:**

1. ***DONDE: Identifique que tipo de discriminación y donde ocurrió. (Por favor marque lo que aplique):***

- Empleo Público/ Servicios por Contrato.** La Ciudad o el Contratista ofreciendo servicios u oportunidades de empleo.
- Ajustes Razonables para el Publico.** Establecimientos privados públicos, con licencia para adquirir servicios o bienes de consumo.
- Transporte Público/ Programas y Servicios de la Ciudad.** Transporte y/u otros servicios y programas de la Ciudad.

Lugar Donde Ocurrió el Evento Discriminatorio: \_\_\_\_\_

2. ***POR QUE (“en qué se basa”): Indique que clase de discriminación ilícita fue la que experimentó usted (seleccione todo lo que aplique).***

- Sexo/prejuicio por su genero     Acoso sexual     Sexo/pago equitativo     Identidad/orientación sexual
- Sexo/embarazo     Raza     Color     Nacionalidad/origen     Discapacidad/enfermedad
- Información genética     Edad (más de 40 años)     Estatus de Veterano     Ciudadanía
- Represalias (por archivar un reclamo por discriminación, por participar en una investigación, o por oponerse a la discriminación)

3. ***CUANDO: Identifique la fecha mas reciente de discriminación:*** \_\_\_\_\_

4. ***QUIEN: Identifique el negocio, agencia persona(s), que usted cree que discriminaron en su contra.***

Nombre: \_\_\_\_\_ Titulo: \_\_\_\_\_

- Departamento o Agencia de la Ciudad: (En Referencia a Empleo/Arreglos/Programas/Servicios/Actividades/Instalaciones).
- Dueño de Negocio Privado en la Ciudad para Adquisición de Servicios o Bienes de Consumo (En Referencia a Arreglos/Ajustes para el Público)
- Contratista de la Ciudad: (En Referencia a Empleos/Arreglos-Ajustes/Servicios).

5. **QUE:** (“asuntos/problemas”): Haga una lista/describa los eventos de discriminación. Si es necesario, adjunte hojas adicionales.

Evento	Fecha	Describa el presunto evento discriminatorio (qué fue lo que pasó)
1		
2		
3		
4		

6. **TEORIA:** Describa detalladamente el trato discriminatorio, en comparación a otros.

Evento	Diga como el trato que le dieron fue discriminatorio en comparación a otras personas bajo la misma situación o reglamentos.
1	
2	
3	
4	

7. **EVIDENCIA:** Esto incluye material escrito e información como – pero no limitándose a documentos, memorándums, textos, archivos electrónicos o expedientes, grabaciones de audio y video, diarios, etc., relacionados a - y que apoyan su queja del presunto trato de discriminación ilícita. También incluya los nombres y posiciones de testigos y el testimonio que cada uno de los testigos pudiera proporcionar. Siéntase con libertad de adjuntar hojas adicionales o evidencia que apoye la queja.

**Documentos.** Identifique/proporcione evidencia documentada o archivos/registros, etc., los cuales apoyan su queja.

Descripción del Documento	Diga como el documento apoya su queja
1	
2	
3	
4	

**Testigos.** Identifique los nombres de testigos y que información de apoyo que cada uno de ellos pudiera proporcionar.

Testigos y su información para comunicarse con ellos.	Diga como el testigo apoya su queja
1	
2	
3	
4	

8. **CUAL RESOLUCION PIDE:** Identifique cual es la resolución que está buscando para resolver su queja. Explique.

---



---

9. ¿Ha intentado usted resolver informalmente la queja discriminatoria con la persona que le discriminó? Si fue así, por favor explique el intento informal que llevó a cabo y el resultado del mismo.

---

10. ¿Ha usted archivado una queja, acerca de esto, con alguna agencia federal, estatal, o agencia local; o algún juzgado federal, estatal o local?  Si  No. Si la respuesta es "Sí", ¿dónde fue que usted sometió su queja?

Nombre de la Agencia: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_ Disposición: \_\_\_\_\_

11. **MEDIACION.** ¿Está usted dispuesto a resolver su queja por medio de una mediación?  Si  No

12. **VERIFICACION.** Por medio de mi firma al calce, Yo afirmo que la información anterior proporcionada por el querellante, es verdadera y correcta a mi mejor saber y entender. También estoy informado de que esta queja no afecta otros derechos estatales o federales. Envíe su formulario completamente lleno y firmado: EEO/ADA Coordinator, City of Las Cruces, P. O. Box 20000, 700 North Main St., Suite 2200, Las Cruces, NM 88004.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

[Si lo pide el interesado, este formulario está disponible en español y en diferentes formatos. Comuníquese al 575.528.3227 voz o TTY 575.528.3169]