



COLORADO CIVIL RIGHTS DIVISION

MATERIAL de ADMISIÓN de EMPLEO

Complete y envíe este formulario a:
Colorado Civil Rights Division, Attn: Intake Unit
1560 Broadway, Suite 1050, Denver, CO 80202-5143
303-894-2997
303-894-7830 (fax)
800-262-4845 (sin cargo)
www.dora.state.co.us/civil-rights

Antes de comenzar, por favor revise la Descripción del Proceso Para Una Queja De Admisión.

NECESITA completar Formulario I, Formulario II, y Formulario III. Si su queja incluye incapacidad, también necesita completar Formulario IV.

Utilice esta lista de comprobación para dirigirse. **NECESITA firmar y someter todos los formularios siguientes:**

1. _____ Formulario I: Cuestionario de Admisión de Empleo
2. _____ Formulario II: Declaración de Discriminación
3. _____ Formulario III: Declaración de Minimización de Daños

Adicionalmente, si usted está presentando una queja sobre la base de incapacidad, necesita someter Formulario IV:

4. _____ Formulario IV: Cuestionario de Incapacidad

AVISO IMPORTANTE: Recuerde que completar y someter el material de admisión NO significa hacer una denuncia, sino que solo inicia el trámite de presentación de una queja. Hay varias medidas adicionales que se deben tomar y es esencial que usted presente esta documentación inicial lo más antes posible durante el plazo estatutario permitido por ley.

Proceso Para Una Queja De Admisión

Jurisdiction

La División de Derechos Civiles de Colorado tiene la facultad de investigar quejas relacionadas al **empleo** por actos de discriminación por razón de:

Sexo	Raza	Color
Origen Nacional	Ascendencia	Matrimonio a un compañero de trabajo
Credo	Religión	Incapacidad mental o física
Edad (40 a 69)	Orientación Sexual (incluyendo Transgénero)	Represalia (por oponerse a los actos de discriminación)

Límites de Tiempo

Por requisito legal, se debe presentar una queja dentro de un plazo específico de tiempo (prescripción) a partir de la fecha de notificación del último acto discriminatorio. En las quejas de empleo, usted debe presentar su queja dentro del plazo estatutario de seis (6) meses a partir de la fecha que usted alega ocurrió el último acto discriminatorio. Una vez prescrito el plazo, la División de Derechos Civiles de Colorado pierde la jurisdicción sobre la queja.

(Completar y someter el material de admisión NO significa hacer una denuncia, sino que solo *inicia* el trámite de presentación de una queja. NO constituye la presentación de una queja. Usted debe de someter los formularios requeridos junto con cualquier otra documentación mucho más antes del plazo estatutario de seis (6) meses, para permitir suficiente tiempo a que la queja sea redactada, firmada y devuelta a la División.)

Sus Responsabilidades y Derechos Como La Parte Acusadora

1. Notifique a la División acerca de cualquier cambio en su dirección, número de teléfono o demás información de contacto que tenga variaciones. La División no será responsable por correo perdido. Además, si no puede ser contactado, su queja sufrirá retrasos innecesarios y arriesga que su queja pierda jurisdicción. Está en su mejor interés asegurarse que la División sepa cómo contactarse con usted.
2. Coopere con la investigación. Falta de cooperación o de dar respuestas oportunas a las solicitudes de información o preguntas puede resultar en una sentencia dictada en contra de su interés.
3. Lea toda la información en este paquete y proporcionar toda la documentación requerida.

¿Que Sigue Ahora?

El proceso de la División incluye muchos pasos y usted tiene varias opciones para elegir mientras la División investiga su caso. Por favor, lea la siguiente información a fondo.

Paso 1: Proceso de Admisión

Si su documentación está completa, la División asignara su demanda a un Especialista de Admisión. Este individuo se comunicara con usted para hablar respeto a su queja y preparar una denuncia formal, la Queja de Discriminación. Solamente cuando la Queja de Discriminación ha sido devuelta **con su firma**, se considera formalmente presentada. Hasta ese punto, su reclamación permanece sujeta al plazo estatutario de seis meses.

Paso 2: Firmando y Devolviendo la Queja de Discriminación

Una vez que haya firmado y devuelto la Queja de Discriminación, su caso será considerado y presentado al Especialista de Admisión quien “servirá” la denuncia de discriminación a la parte demandada (también referido como el Demandado), con una copia de la Queja de Discriminación y su Declaración de Discriminación. Después del servicio, su caso será asignado a un Investigador.

Paso 3: Mediación Opcional

Cualquiera de las dos partes puede solicitar mediación, a cual punto un miembro de la Alternativa Resolución de la División de Controversias (ADR) intentará programar la mediación, o conferencia de conciliación. Tanto usted como la parte demandada debe aceptar la mediación en un plazo de tiempo razonable para que produzca éxito. Si la mediación es exitosa, su caso será cerrado y un acuerdo de conciliación será firmado entre usted y la parte demandada. Si la mediación no es programada o no es exitosa, una investigación será realizada.

Paso 4: Revisando la Evidencia de la Parte Demandada y Redactar una Refutación

Después que la parte demandada someta su respuesta, la “Declaración de Posición,” la División le enviara esta Declaración. La Declaración de Posición es una narrativa en la cual el Demandado responde a sus alegaciones de discriminación. Por favor tome en cuenta que el Demandado puede haber sometido evidencia adicional, como exhibiciones, que no fue incluido con lo que la División le envió. Puede ver toda la evidencia pero debe arreglar eso con el Investigador asignado a su caso. Hay un costo para cualquier copia hecha. Si desea, también puede hacer cita y venir en persona para ver su folleto.

Después de que usted haya recibido la Declaración, usted puede redactor una “Declaración de Refutación” en la cual usted responde a la Declaración de Posición y la evidencia. Esta puede ser su última oportunidad de proveer evidencia adicional a favor de su caso, y debe de incluir con su Declaración de Refutación cualquier información adicional cuando envíe al Investigador. Debe someter esta Declaración dentro treinta (30) días de recibir la Declaración de Posición del Demandado.

Durante la investigación, el Investigador también obtendrá de terceros información pertinente.

Paso 5: Determinación

A menos que el Investigador tenga más preguntas, su próxima comunicación con la División será una Carta de Determinación. Esta Carta de Determinaciones contiene la decisión del Director con respecto a su queja. Hay dos resultados que son posibles:

- a) *Causa No Probable*: Esta es una decisión **en contra** de su demanda.
- b) *Causa Probable*: Esta es una decisión **a su favor**.

Determinación de Causa No Probable

Si usted recibe una Determinación de Causa No Probable, tendrá diez (10) días para someter una apelación a la División. Su apelación debe incluir información nueva o adicional que no ha sido considerada en el curso de la investigación. En el momento de la emisión de una determinación de causa no probable, se le facilitará la información necesaria sobre el proceso de apelación. Si usted no presenta una apelación, el cargo será desestimado.

Determinación de Causa Probable

Si la Determinación es Causa Probable, usted debe participar en una conferencia obligatoria de "Conciliación." Conciliación es un intento a resolver su caso por manera de un arreglo. Si su demanda no es resuelta, será referido a la Comisión de Derechos Civiles de Colorado. La Comisión puede, a su discreción y por cualquier razón, presentar su caso a una audiencia pública o sobreseerlo.

Preguntas Frecuentes

P. Creo que he sido discriminado pero mi queja no es por razón de ninguna de sus categorías. ¿Qué puedo hacer?

R. *En este caso, usted puede contactar a la División antes de llenar los documentos y le avisaremos si tenemos jurisdicción con respecto a su caso. Si nosotros creemos que no hay jurisdicción, haremos nuestro mejor esfuerzo para referirle al recurso correcto.*

P. ¿Que significa "Orientación Sexual" bajo ley contra la discriminación de Colorado?

R. *"Orientación Sexual" se refiere a la heterosexualidad, la homosexualidad (gay o lesbiana), bisexual y transgénero (que significa tener una identidad de género o expresión de género que difiere de las expectativas de la sociedad basada en el sexo asignado al nacer). La ley contra la discriminación de Colorado ha sido ampliada para incluir Orientación Sexual en la lista de clases protegidas. La ley prohíbe los actos de discriminación contra una persona basada en la orientación sexual de esa persona en el área de empleo, vivienda y servicios públicos.*

P. ¿Cuánto tiempo se tomara para procesar mi queja?

R. *El proceso de la División es largo y requiere paciencia de su parte. De principio al fin, el proceso puede tomar desde seis meses hasta un año o más. Usted tiene el derecho a ser notificado cuando nuestra jurisdicción sobre su caso cesará. También tiene la responsabilidad de conocer el estado y el tiempo que tiene su caso. Usted puede iniciar una petición de extensión de tiempo para que la división preserve jurisdicción sobre su caso. El personal de la División preparara y presentara la petición en su nombre.*

P. ¿La División actuará como mi abogado?

R. *La División es una agencia de terceros neutral que realiza investigaciones, mediaciones, y conciliaciones. La División no puede representarle en una acción legal. Si usted desea tener representación, puede consultar con un abogado.*

P. ¿Es necesario tener un abogado?

R. *No es requerido tener un abogado para presentar una queja con la División. Las Partes Acusadoras que no son representadas (es decir, personas que no tienen abogados) son tratadas igual a los que tienen abogados. Sin embargo, puede ser ventajoso para usted retener a un abogado para que el abogado pueda analizar la evidencia presentada por el Demandado, para proporcionar su propia evidencia o declaración escrita, y para aconsejarle acerca de todos los recursos disponibles que usted tiene.*

P. ¿Cuando puedo ir en persona para una entrevista? Quiero hablar con alguien personalmente.

R. *Aunque puede solicitar una entrevista en persona con un miembro de la Admisión o Investigaciones, no todas las peticiones son otorgadas por el gran número de casos que procesa de la División. Entrevistas sin citas no serán realizadas.*

P. Quiero hacer una oferta para llegar a un acuerdo de mi caso. ¿Necesito comunicarme con el Demandado?

R. Aunque está libre de interactuar con el Demandado, la División ofrece servicios de "mediación," al comienzo de la investigación, durante cual se hace un intento de resolver su caso. Ambas partes deben estar dispuestos a entrar en el proceso de mediación, y no es obligatorio. Si su caso ya ha sido asignado a un Investigador, usted debe contactar al Investigador para transmitir ofertas de arreglo.

P. ¿La información que envío a su agencia se mantiene confidencial?

R. Parcialmente. La División no revelara ninguna información que recibe de usted o del Demandado al público. **Sin embargo**, el Demandado puede ver, o puede ser enviado, algunos o todos los documentos que usted ha proporcionado durante la investigación. Opuestamente, tiene usted derecho de ver cualquier evidencia o documentación que el Demandado ha proporcionado como parte de su respuesta. A diferencia de algunas otras investigaciones, el proceso de la División es transparente para usted y el Demandado. Así su documentación no puede ser retenida ni puede ser mantenida en "secreto."

P. ¡El Demandado, mi empleador anterior, me ha contactado! ¿Son permitidos hacer esto?

R. Presentar una queja con la División no impide al Demandado de contactarle a menos que tal contacto sea de otro modo ilegal. Usted puede pedirle al Demandado que deje de contactarle, y si el Demandado no lo hace, puede contactar a la policía. Adicionalmente, si usted está representado por un abogado, puede pedir al Demandado que se comuniquen con su abogado exclusivamente.

P. La fecha límite para el Demandado para proporcionar una respuesta ha pasado. ¿Qué sucede ahora? ¿Será valorada una multa?

R: Frecuentemente, las extensiones para la sumisión de evidencia serán otorgadas y notificación de tales extensiones no puede ser transmitida a usted inmediatamente. Si tiene preguntas acerca del estatus de su caso, puede contactar a la División, o al Investigador.

P. Tengo testigos a las acciones discriminatorias que el Demandado tomó contra mí. ¿Qué puedo hacer? ¿Qué pasa si ellos no desean hablar con usted?

R. Usted nos puede proporcionar con la información de contacto del testigo en el formulario apropiado, que está incluido junto al Formulario I, Cuestionario de Admisión. Si esa persona tiene información pertinente, la División hará su mejor esfuerzo para comunicarse con el testigo(s). Sin embargo, su mejor oportunidad para obtener información del testigo, es incluir en el archivo una declaración escrita y firmada por el testigo. La División no puede forzar a un testigo que hable con nosotros.

Formulario I: Cuestionario de Admisión de Empleo

Colorado Civil Rights Division
1560 Broadway, Suite 1050
Denver, Colorado 80202
303-894-2997 / 800-262-4845 fax: 303-894-7830
www.dora.state.co.us/civil-rights

**Si usted es una persona con deficiencias auditivas, llame al CCRD, y oprima: 711
Personal bilingüe disponible (español/ingles)**

Por favor llene este formulario completamente. Debe proporcionar toda la siguiente información para que su reclamo pueda ser procesado.

Su información (La Parte Acusadora):

Nombre					
Dirección					
Ciudad		Estado		Código Postal	
Numero(s) Casa	(incluya el área)		Empleo	(incluya el área)	
Celular			Fax		
Correo electrónico					

La empresa contra la que usted está iniciando la queja (La Parte Demandada):

Nombre de la empresa	
Dirección (donde trabajo)	
Ciudad, Estado, Código	
Numero de Tel	(incluye el código del área)
Persona de Contacto	
Su más recenté titulo de trabajo	
Indique otros nombres que esta empresa es sabida por	
Indique el nombre de la empresa que está en su talón de cheque	

¿Cuándo fue contratado con la empresa?	Fecha: (mes/día/año)
¿Cuándo fue la primera fecha en que Ud. experimento la discriminación en los últimos seis meses?	Fecha: (mes/día/año)
¿Cuándo fue la última fecha en que Ud. fue discriminado?	Fecha: (mes/día/año)
¿Si es aplicable, cuándo fue su último día de empleo?	Fecha: (mes/día/año)

¿Alguna vez ha presentado una demanda en contra de este Demandado con una de las siguientes agencias? Si su respuesta es "Si," proporcionar el número de caso, fecha y estatus:

EEOC Si ___ No ___	CCRD Si ___ No ___	SPB Si ___ No ___
Numero de caso:	Numero de caso:	Numero de caso:
Fecha:	Fecha:	Fecha:
Estatus:	Estatus:	Estatus:

¿Qué le sucedió a usted que fue discriminatorio? (Marque todas las cajas a la izquierda que apliquen y proporcione la fecha de la acción adversa):

<input type="checkbox"/>	Descargado o despedido del empleo	FECHA:	<input type="checkbox"/>	Suspendido	FECHA:
<input type="checkbox"/>	Cesantía temporal	FECHA:	<input type="checkbox"/>	Negado acomodación razonable	FECHA:
<input type="checkbox"/>	Degradación	FECHA:	<input type="checkbox"/>	Negado acomodación religiosa	FECHA:
<input type="checkbox"/>	No Promovido	FECHA:	<input type="checkbox"/>	Disciplina (advertencias por escrito)	FECHA:
<input type="checkbox"/>	No fue contratado ni recontratado	FECHA:	<input type="checkbox"/>	Acoso	FECHA:
<input type="checkbox"/>	Asuntos referentes a compensación/pago	FECHA:	<input type="checkbox"/>	❖ <i>Por Compañero de trabajo</i>	FECHA:
<input type="checkbox"/>	Despedido Forzado (cosas fueron tan malas que Ud. sintió que se tuvo que resignar)	FECHA:	<input type="checkbox"/>	❖ <i>Por Supervisor</i>	FECHA:
			<input type="checkbox"/>	❖ <i>Por Otro (vendedor, etc.)</i>	FECHA:
<input type="checkbox"/>	Alguien ayudó o asistió al Demandado a discriminar contra mí	FECHA:	<input type="checkbox"/>	¿Fue esto acoso sexual?	
<input type="checkbox"/>	Términos y condiciones de empleo (horas de trabajo, la ubicación de la oficina, etc.)	FECHA:	<input type="checkbox"/>		

¿Por qué cree que el Demandado discriminó contra usted? (Marque todas las cajas a la izquierda que apliquen)

<input type="checkbox"/>	Raza (Identifique):	<input type="checkbox"/>	Matrimonio con un compañero
<input type="checkbox"/>	Origen Nacional/Ascendencia (Identifique):	<input type="checkbox"/>	Religión (Identifique):
<input type="checkbox"/>	Color (Identifique):	<input type="checkbox"/>	Credo (Identifique):
<input type="checkbox"/>	Incapacidad	<input type="checkbox"/>	Edad (fecha de nacimiento):
<input type="checkbox"/>	❖ Mental	<input type="checkbox"/>	Sexo:
<input type="checkbox"/>	❖ Físico	<input type="checkbox"/>	❖ Macho
<input type="checkbox"/>	Orientación Sexual	<input type="checkbox"/>	❖ Hembra
<input type="checkbox"/>	❖ Transgénero	<input type="checkbox"/>	❖ Embarazo

Represalia

IMPORTANTE: “Represalia” es cuando un empleador, o un supervisor o compañero del trabajo, toman acción adversa contra usted porque usted “opuso discriminación ilegal” o “porque tomó parte en un procedimiento oponiendo discriminación de empleo”. Oponerse a discriminación ilegal incluye actividades como quejarse de acoso u oponerse a la discriminación ilegal basada en su clase o la clase protegida de otra persona definido en los estatutos aplicables de derechos civiles de Colorado. Participar en un procedimiento oponiendo discriminación de empleo incluye testificar en una investigación de derechos civiles, o presentar una queja de discriminación de empleo con su empleador o con una agencia como La División de Derechos Civiles. Las actividades que califican para la protección de represalia no incluye tales acciones como solicitando Beneficios de la Compensación de Trabajadores o Seguro de Desempleo.

¿Habiendo leído la explicación mencionada, fue vengado usted por el Demandado dentro de los últimos seis meses?

Si	No
----	----

¿Se opuso discriminación ilegal o tomó parte en un acto de discriminación de empleo?

Si	No
----	----

Si el empleador contrató a alguien para ocupar su puesto, por favor indique el nombre de esa persona a continuación:

Nombre: _____

Información de los Testigos

Por favor proporcione los nombres de cualquier testigo que pueda dar información con respecto a sus reclamos específicos de discriminación. Aunque la División de Derechos Civiles hará su mejor esfuerzo para contactar a testigos que tienen testimonio pertinente, tome en cuenta que la mejor manera de asegurar que la declaración de su testigo este incluida en su archivo, es obtener de cada testigo una declaración en escrito (preferiblemente notariada) y mandar directamente a la División. Si requiere más espacio, puede incluir más hojas con este formulario, con tal de que identifique a sus testigos en la misma manera indicada abajo.

Testigo 1:

Nombre				
Dirección				
Cuidad		Estado		Código Postal
Teléfono: casa	(incluya el área)	Trabajo		(incluya el área)
Celular	(incluya el área)	Fax		(incluya el área)
Correo electrónico				
<u>¿Qué puede decirnos este testigo?</u>				

Testigo 2:

Nombre				
Dirección				
Cuidad		Estado		Código Postal
Teléfono: casa	(incluya el área)	Trabajo		(incluya el área)
Celular	(incluya el área)	Fax		(incluya el área)
Correo electrónico				
<u>¿Qué puede decirnos este testigo?</u>				

Testigo 3:

Nombre				
Dirección				
Cuidad		Estado		Código Postal
Teléfono: casa	(incluya el área)	Trabajo		(incluya el área)
Celular	(incluya el área)	Fax		(incluya el área)
Correo electrónico				
<u>¿Qué puede decirnos este testigo?</u>				

Formulario II: Declaración de Discriminación

División de Derechos Civiles de Colorado

www.dora.state.co.us/civil-rights

Instrucciones: Redacte una declaración **cronológicamente** (calendario de eventos con fechas) detallando los incidentes que forman la base para su queja de discriminación de derechos civiles. Si requiere hojas de papel adicionales, puede incluirlas con este formulario. **También puede proporcionar una declaración jurada o declaración firmada, en lugar de completar este Formulario.**

Firme su declaración y ponga la fecha que firmo. Si desea, usted puede optar por tener su declaración notariada.

Por **cada** incidente, proporcione la siguiente información:

- a) Nombre completo y el título de cada individuo implicado;
- b) Fecha (incluyendo mes, día, y año); y
- c) La razón por la que usted piensa que el incidente o la acción fue discriminatorio (*es decir*, "Este incidente demuestra que fui despedido/a por mi edad").

Adicionalmente, si las siguientes preguntas son pertinentes, conteste plenamente y honestamente en la siguiente página:

- 1) ¿Alguna vez se quejó por el tratamiento discriminatorio? ¿Si es así, a quien se quejo y cuando? Que sucedió?
- 2) ¿Fue alguien tratado más favorable que usted? Quien? Cuáles son las clases protegidas de esa persona. (*es decir*, ¿Si alega discriminación por su raza, cual es la raza de la persona? ¿Si es discriminación por razón su edad, cual es la edad de la persona?)
- 3) ¿Le dio el empleador alguna razón por haber tomado la acción adversa? ¿Qué fue? ¿Alguna vez recibió algún tipo de disciplina en escrito o un reviso negativo? Esta información será solicitada por la División y debe ser revelada por usted.
- 4) Proporcione información detallada explicando por qué usted cree que ha sido discriminado. Por ejemplo, si indicó discriminación a base de raza o edad y en adición represalia en el Cuestionario de Admisión de Empleo, explique en su declaración su razón por la que usted hizo esas indicaciones. Proporcione una explicación por cada selección que hizo en el Cuestionario de Admisión de Empleo.

Formulario III: Declaración de la Minimización de Daños

División de Derechos Civiles de Colorado
www.dora.state.co.us/civil-rights

Minimización de Daños

(Por favor escriba o imprima su nombre.)

Yo, la Parte Acusadora, entiendo que tengo derecho al pago de daños por sueldos atrasados debido a actos discriminatorios realizados por mi empleador. Sin embargo, entiendo que tengo la obligación de minimizar esos daños a través de la búsqueda de empleo comparable hasta que mi caso este terminado. Mantendré registros de todos los intentos de búsqueda de empleo comparable. Estos registros contendrán el nombre del lugar de trabajo donde busco empleo, la fecha en la que lo solicite, la persona contactada, y el puesto solicitado. También mantendré registros de todos los salarios que he ganado en cada trabajo hasta que este caso este resuelto. Someteré estos registros a la División de Derechos Civiles de Colorado cuando requieran. La firma en la parte inferior de este documento certifica que he leído la anterior declaración, que la entiendo, y que he recibido una copia de la misma.

Firma: _____
Parte Acusadora

Fecha _____

Formulario IV: Cuestionario de Incapacidad

División de Derechos Civiles de Colorado

www.dora.state.co.us/civil-rights

IMPORTANTE: Si alega que tiene una incapacidad percibida o verdadera, por favor **complete** este Cuestionario y **firmé** en la última página.

Su Nombre			
Tipo de incapacidad (explique)			
El diagnóstico médico:			
¿Su incapacidad es:		Si	No
❖ Permanente/periodo largo?			
❖ Temporal/periodo corto?			
❖ Indeterminado?			

¿Cual es/son la actividad(es) principal(es) en su vida diaria que resulta afectada debido a su incapacidad? ¿Si tiene una incapacidad que los demás perciben o ven, que actividad es la que perciben ser afectada por esa incapacidad?

	Vista		Aprender
	Audición		Trabaja
	Hablar		Levantar cosas
	Dormir		Respirar
	Caminar		Cuidar a si mismo
	Realizar Tareas Manuales		Agachar
	Leer		Pensar
	Comunicación		Concentrar
	La operación de una función fisiológica		Embarazo

Por favor indique medidas útiles para eliminar o controlar síntomas o limitaciones de su incapacidad, como medicina, dispositivos de ayuda, ejercicio, etc.

IMPORTANTE: Dentro de 2 meses de someter este formulario, usted debe proporcionar una copia de lo siguiente:

1. EL DIAGNOSTICO DE SU MEDICO CON RESPETO DE SU CONDICIÓN(ES);
2. LA DECLARACIÓN DE SU MEDICO CON RESPETO A COMO ESTA CONDICIÓN AFECTA UNA ACTIVIDAD MAYOR DE SU VIDA.
3. LA EVALUACIÓN DE SU MEDICO DETERMINANDO SI SU INCAPACIDAD ES PERMANENTE;
Y
4. LA EVALUACIÓN DE SU MEDICO DE RESTRICCIONES DE TRABAJO QUE PUEDEN SER REQUERIDAS A CAUSA DE SU INCAPACIDAD.

Medico:

Nombre					
Dirección					
Cuidad		Estado		Código Postal	
Teléfono: Oficina	(incluya el área)	Fax	(incluya el área)		
Correo electrónico					

Medico:

Nombre					
Dirección					
Cuidad		Estado		Código Postal	
Teléfono: Oficina	(incluya el área)	Fax	(incluya el área)		
Correo electrónico					

¿Está informado su empleador o antiguo empleador de su incapacidad?

Si	No
----	----

¿Cómo fue informado este empleador de su incapacidad?

¿Tiene su empleador documentación de su incapacidad?

Si	No
----	----

¿Qué fecha le proporcionó estos documentos a su empleador? _____

¿Fue usted calificado para la posición por cual usted aplicó o fue despedido?

Si	No
----	----

Describa sus calificaciones para esta posición:

Educación:
Experiencia:
Habilidades:
Otro:

¿Pudo realizar las funciones esenciales de esta posición?

Si	No
----	----

¿Podría realizar las funciones esenciales de esta posición CON “acomodaciones razonables” proporcionadas por el empleador?

Si	No
----	----

¿Podría realizar las funciones esenciales de esta posición SIN “acomodaciones razonables” proporcionadas por el empleador?

Si	No
----	----

¿Pidió “acomodaciones” al empleador para realizar las funciones esenciales para esta posición?

Si	No
----	----

¿Si es así, a quien se lo pidió? Nombre(s) y título(s):

¿Si es así, cual es (son) la fecha(s) que se lo pidió?

¿Si es así, que tipo de acomodación pidió?

¿Cuál fue la respuesta del empleador? ¿Proporcionó el empleador las acomodaciones?

¿Quien fue que le respondió? Nombre(s) y título(s):

¿Cuando le respondió? Fecha:

¿Fue hecho preguntas por el empleador acerca de sus incapacidades o alguna ausencia por enfermedad?

Si	No
----	----

Explique

Firma [Formulario IV, Cuestionario de Incapacidad]

Firma: _____

Parte Acusadora

Fecha _____

1/2/2012