



Cómo llenar un formulario inicial ante el Departamento de Derechos Civiles de California

La siguiente guía ofrece instrucciones paso a paso para ayudar a trabajadores que creen que han sido discriminados, acosados y/o han sufrido represalias por parte de su empleador debido a alguna característica o condición protegida, como la raza, el origen nacional, el género, la discapacidad o el sexo, entre otras, a contestar un formulario de admisión ante el Departamento de Derechos Civiles de California (“CRD”). Si cree que le trataron injustamente en el trabajo debido a la discriminación, el acoso o las represalias, tiene **3 años a partir de la última vez que esto le ocurrió** para presentar una queja ante el CRD. Si quiere demandar a su empleador, primero debes seguir el proceso de quejas del CRD.

Esta guía es un recurso informativo diseñado para ayudarle a entender y darle orientación sobre el proceso de quejas laborales del CRD. Las siguientes instrucciones le explicarán dónde debe anotar la información en el formulario. Esta guía no pretende darle asesoría legal y no pretende sustituir la asesoría legal de un abogado acreditado u otro profesional. Esta guía no tiene relación, ni está respaldada, ni patrocinada por ninguna agencia gubernamental y los usuarios deben verificar cuáles son los requisitos actuales comunicándose directamente con la agencia correspondiente.

Preparación

Antes de llenar el Formulario inicial, reúna la siguiente información:

- Sus datos personales (nombre, dirección, fecha de nacimiento, número de teléfono, etc.)
- Información sobre su empleador (nombre, dirección, número de teléfono, fechas en que trabajó para este empleador, etc.)
- Una descripción de los hechos relacionados con el incidente o los incidentes, incluyendo el nombre y la información de contacto de la persona o entidad que usted considere fue quien le causó el daño (si la conoce)
- Los nombres y la información de contacto de los testigos (si los conoce)

Si no puedes reunir toda la información requerida, puede entregar el Formulario inicial y proporcionar información adicional a medida que la obtenga. Si no tiene su expediente de empleado ni sus documentos de nómina, o sea, la documentación de los pagos que recibió en su trabajo, solicítelos por escrito a su empleador. Puede obtener una plantilla para poder hacerlo en el sitio web de Legal Aid at Work (LAAW) aquí: <https://legalaidatwork.org/sample-letters/requesting-employment-records-from-your-employer/>.

■ **DEMANDANTE (SU INFORMACIÓN)**

Nombre: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Necesita un intérprete durante el proceso de reclamación? ☒ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa; indique el idioma: _____

¿Necesita adaptaciones para personas con discapacidades cuando interactúe con el CRD? ☐ Sí ☐ No

Seleccione todas las opciones que correspondan:

☐ ASL (Lenguaje de señas estadounidense)/	☐ Entrevista por video
Interpretación remota por video	
☐ Servicios CART (transcripción en tiempo real asistida por computadora)	☐ Preguntas por anticipado
☐ Otro (especificar): _____	

DENUNCIANTE (SU INFORMACIÓN)

Nombre. Escriba su nombre completo.

Teléfono. Escriba el número de teléfono, con el código de área, al que CRD pueda comunicarse con usted (por ejemplo, un celular que utilice).

Correo electrónico. Escriba una dirección de correo electrónico a la que CRD pueda enviarle correos electrónicos.

Dirección. Escriba su dirección postal. Incluya el nombre de la calle y el número, así como el número de piso o departamento, la ciudad, el estado y el código postal. El CRD le enviará por correo copias de la información relacionada con su reclamación a la dirección que ponga aquí. Debe informar a elCRD de inmediato sobre cualquier cambio en su dirección postal.

¿Necesita un intérprete durante el proceso de queja? Marque “Sí” si su idioma principal no es el inglés y desea que un intérprete le ayude.

En caso de contestar que sí, indique el idioma: Si marcó “Sí”, escriba el idioma del intérprete que necesita.

¿Necesita adaptaciones relacionadas con una discapacidad al interactuar con el CRD? Marque “Sí” si necesita alguna adaptación por una discapacidad mental y/o física.

Seleccione todas las opciones que correspondan: Si marcó “Sí”, seleccione todas las adaptaciones que necesite.

- **Interpretación remota en lenguaje de señas de Estados Unidos (ASL) o por video**
- **Entrevista por video**
- **Servicios CART**

- **Preguntas por adelantado**
- **Otro (especifique).** Si necesita una adaptación relacionada con una discapacidad que no se haya incluido en la lista, indique la adaptación que necesita.

■ DEMANDADO (PERSONA/EMPRESA CONTRA LA QUE PRESENTA LA DEMANDA)		
Nombre:	Teléfono:	
Cargo:	Correo electrónico:	
Domicilio:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Cantidad de empleados:	Tipo de empleador:	

DEMANDADO (PERSONA O EMPRESA CONTRA LA QUE PRESENTA LA DEMANDA)

Nombre. Si cuenta con esta información, escriba el nombre completo del empleador contra el cual presenta la reclamación. Si su empleador tiene más de un nombre comercial, incluya todos los nombres que conozca.

Teléfono. Si lo sabe, escriba el número de teléfono del empleador.

Puesto. Indique el puesto o título de la persona a cargo (en la sección “Nombre”), si lo conoce (por ejemplo: “Gerente de piso”).

Correo electrónico. Si lo sabe, escriba el correo electrónico del empleador.

Dirección. Escriba la dirección del lugar donde realizó el trabajo.

Número de empleados. Si cuenta con esta información, escriba el número total de empleados de su empleador. Puede ser un número aproximado.

En algunos casos, si el empleador tiene más de un lugar de trabajo, se puede sumar el número de empleados en cada uno. Por ejemplo, si un empleador tiene cuatro restaurantes diferentes, es posible sumar el número de empleados de todos los restaurantes. En ese caso, si hay 20 empleados en cada restaurante, el empleador emplea a un total de 80 personas (4 x 20).

Tipo de empleador: Indique el tipo de negocio o industria en la que opera su empleador (por ejemplo: plomería, comercio minorista, jardinería, panadería).

■ **CODEMANDADO (OPCIONAL)**

Nombre: _____ Teléfono: _____
Cargo: _____ Correo electrónico: _____
Domicilio: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Cantidad de empleados: _____ Tipo de empleador: _____

CO-DEMANDADO (OPCIONAL)

Nombre. Si considera que hay más de un empleador o persona contra quien se debe presentar su reclamación, escriba el nombre del empleador o de la persona. (Por ejemplo, si estuvo empleado por más de una entidad).

Teléfono. Si lo sabe, escriba el número de teléfono del co-demandado.

Puesto. Indica el puesto o título de la persona a cargo (en la sección de “Nombre”), si lo sabes (por ejemplo: “Gerente de piso”).

Correo electrónico. Si lo sabe, escriba la dirección de correo electrónico del co-demandado.

Dirección. Si la conoce, escriba la dirección postal del co-demandado.

Número de empleados. Si cuenta con esta información, escriba el número total de trabajadores que emplea el co-demandado. Puede ser un número aproximado.

Tipo de empleador. Indique el tipo de negocio o industria en la que opera el co-demandado (por ejemplo: plomería, comercio minorista, jardinería, panadería).

■ ALEGATO

Primera fecha del daño: _____ Última fecha del daño: _____

Afirmo haber sufrido: ☐ Discriminación ☐ Acoso

DADA MI CONDICIÓN ACTUAL O PERCIBIDA DE:

- ☐ Edad (mayor de 40 años)
- ☐ Genealogía
- ☐ Vinculación con un miembro de una clase protegida
- ☐ Licencia por duelo
- ☐ Uso de cannabis
- ☐ Color
- ☐ Permiso de conducir (el anuncio laboral o el material exigen inapropiadamente a los solicitantes contar con un permiso de conducir)
- ☐ Discapacidad (física, intelectual/madurativa, salud mental/psiquiátrica)
- ☐ Licencia médica o por cuidado familiar (CFRA) relacionada con una afección de salud grave del empleado de un miembro familiar, vinculación afectiva o exigencias militares
- ☐ Licencia para procurar servicios destinados a víctimas de violencia
- ☐ Licencia para actuar como miembro de un jurado o comparecer ante un tribunal
- ☐ Identidad o expresión de género
- ☐ Información o características genéticas
- ☐ Estado civil
- ☐ Afección (cáncer o de características genéticas)
- ☐ Situación militar y condición de veterano
- ☐ Origen nacional (incluida las restricciones por el idioma)
- ☐ Embarazo, parto, lactancia o afecciones médicas relacionadas
- ☐ Licencia por incapacidad por embarazo (PDL)
- ☐ Raza (incluido el corte y textura del cabello)
- ☐ Creencias religiosas (incluida la vestimenta y prácticas de aseo)
- ☐ Toma de decisiones sobre la salud reproductiva
- ☐ Licencia por pérdida reproductiva
- ☐ Sexo/género
- ☐ Acoso Sexual
- ☐ Orientación sexual
- ☐ Condición de víctima de violencia o familiar de una víctima de violencia
- ☐ Otro (especificar): _____

ACUSACIÓN

Primera fecha del daño. Escriba la primera fecha en la que crea que su empleador le causó daño (por ejemplo: amenazar con despedirte, bajarle de categoría, suspenderle, reducirle las horas, cancelar su contrato o castigarle). Si no sabe la fecha exacta, puede calcular la fecha.

Última fecha del daño. Escriba la última fecha en la que cree que su empleador le causó daño (por ejemplo: amenazar con despedirle, bajar de categoría, suspenderle, reducirle las horas, cancelar su contrato o castigarle). Si no sabe la fecha exacta, puede calcular la fecha.

Acuso que sufrí. Identifique el daño que sufrió.

- **Discriminación.** Es ilegal que un empleador lo trate de manera desfavorable, diferente o injusta debido a una característica o condición protegida, como su raza o sexo.

La ley de California protege a los trabajadores contra la discriminación por motivos de raza, color, ascendencia, origen nacional (incluido el idioma), religión, edad (40 años o más), discapacidad, sexo, género (incluido el embarazo o condiciones médicas relacionadas), orientación sexual, identidad de género, expresión de género, condición médica, información genética, estado civil, condición de militar o veterano, así como las decisiones sobre la salud reproductiva.

Marque la casilla “Sí” si cree que su empleador le ha discriminado.

- **Acoso.** Se considera acoso cualquier conducta indeseada, hostil, ofensiva, humillante o intimidante basada en una característica personal o condición protegida por las leyes contra la discriminación. Puede ocurrir cuando (a) el soportar la conducta ofensiva se convierte en una condición para conservar su empleo (ofrecen esto a cambio del otro), o (b) la conducta es lo suficientemente grave o generalizada como para crear un ambiente de trabajo que una persona razonable consideraría intimidante, hostil o abusivo (“ambiente de trabajo hostil”).

Marque la casilla “Sí” si cree que su empleador le ha acosado.

DEBIDO A MI SITUACIÓN REAL O PERCIBIDA. Seleccione todas las razones por las que cree que su empleador le discriminó o acosó. (por ejemplo: edad, sexo, discapacidad, acento, raza, embarazo).

COMO RESULTADO, SE ME:

- ☐ Formularon preguntas inadmisibles no relacionadas con el trabajo
- ☐ Degradó
- ☐ Negaron adaptaciones por discapacidad
- ☐ Negaron adaptaciones por embarazo
- ☐ Negaron adaptaciones por creencias religiosas
- ☐ Negó algún beneficio o privilegio laboral
- ☐ Negó una licencia por duelo
- ☐ Negó atención médica paga por el empleador mientras estuve de licencia médica y por cuidado familiar (CFRA)
- ☐ Negó atención médica paga por el empleador mientras estuve con licencia por incapacidad por embarazo (PDL)
- ☐ Negó pago igualitario (incluye incumplimientos a la Ley de Pago Igualitario)
- ☐ Negó licencia médica o por cuidado familiar (CFRA) relacionada con una afección de salud grave del empleado o de un miembro familiar, vinculación afectiva o exigencias militares
- ☐ Se le denegó la licencia para procurar servicios destinados a víctimas de violencia
- ☐ Se le denegó la licencia para actuar como miembro de un jurado o comparecer ante un tribunal
- ☐ Negó contratación o ascenso
- ☐ Negó o se me obligó a trasladarme
- ☐ Negó una licencia por incapacidad por embarazo (PDL)
- ☐ Negó una licencia por pérdida reproductiva
- ☐ Negó el derecho a usar pantalones
- ☐ Negaron oportunidades o asignaciones laborales
- ☐ Obligó a renunciar
- ☐ Despidió
- ☐ Reprendió
- ☐ Suspendió
- ☐ Prescindió de mis servicios
- ☐ Le dieron responsabilidades o asignaciones laborales adicionales
- ☐ Se le denegó una adaptación de seguridad para víctimas de violencia
- ☐ Otro (especificar): _____

COMO RESULTADO, ME SENTÍ: Identifique todos los daños laborales que sufrió debido a los actos del empleador. (Por ejemplo: le bajaron de categoría o le despidieron de su trabajo).

Afirmo haber sufrido: ☐ Represalias

PORQUE:

- ☐ Participé como testigo en una reclamación por acoso o discriminación
- ☐ Denuncié o me resistí a alguna forma de discriminación o acoso
- ☐ Denuncié abuso a pacientes (solo para empleados de hospitales)
- ☐ Solicité o hice uso de una licencia por duelo
- ☐ Solicité o hice uso de adaptaciones para personas con discapacidades
- ☐ Solicité o hice uso de adaptaciones para embarazadas
- ☐ Solicité o hice uso de una licencia por incapacidad por embarazo (PDL)
- ☐ Solicité o hice uso de una licencia por pérdida reproductiva
- ☐ Solicité o hice uso de adaptaciones religiosas
- ☐ Solicité o hice uso de una licencia médica o por cuidado familiar (CFRA) relacionada con una afección de salud grave del empleado o de un miembro familiar, vinculación afectiva o exigencias militares
- ☐ Solicité o utilizó la licencia para recibir servicios para víctimas de violencia
- ☐ Solicité o utilizó la licencia para actuar como miembro de un jurado o comparecer ante un tribunal
- ☐ Solicité o utilizó adaptaciones de seguridad para víctimas de violencia

Acuso que sufrí:

- **Represalias.** Es ilegal que un empleador tome represalias o le discrimine (por ejemplo, despedirle, amenazar con despedirle, bajarle de categoría, suspenderle o castigarle) por el hecho que usted se haya quejado de sus condiciones laborales, haya presentado una queja o haya proporcionado información a una agencia gubernamental encargada de hacer cumplir la ley sobre sus condiciones laborales.

Marque la casilla “Sí” si cree que su empleador ha tomado represalias en su contra.

PORQUE YO: Seleccione todas las razones por las que usted cree que su empleador tomó represalias en su contra. (Por ejemplo: por solicitar o utilizar una adaptación relacionada con una discapacidad).

COMO RESULTADO, SE ME:

- ☐ Formularon preguntas inadmisibles no relacionadas con el trabajo
- ☐ Degradó
- ☐ Negaron adaptaciones por discapacidad
- ☐ Negaron adaptaciones por embarazo
- ☐ Negaron adaptaciones por creencias religiosas
- ☐ Negó algún beneficio o privilegio laboral
- ☐ Negó una licencia por duelo
- ☐ Negó atención médica paga por el empleador mientras estuve de licencia médica y por cuidado familiar (CFRA)
- ☐ Negó atención médica paga por el empleador mientras estuve con licencia por incapacidad por embarazo (PDL)
- ☐ Negó pago igualitario (incluye incumplimientos a la Ley de Pago Igualitario)
- ☐ Negó licencia médica o por cuidado familiar (CFRA) relacionada con una afección de salud grave del empleado de un miembro familiar, vinculación afectiva o exigencias militares
- ☐ Se le denegó la licencia para procurar servicios destinados a víctimas de violencia
- ☐ Se le denegó la licencia para actuar como miembro de un jurado o comparecer ante un tribunal
- ☐ Negó contratación o ascenso
- ☐ Negó o se me obligó a trasladarme
- ☐ Negó una licencia por incapacidad por embarazo (PDL)
- ☐ Negó una licencia por pérdida reproductiva
- ☐ Negó el derecho a usar pantalones
- ☐ Negaron oportunidades o asignaciones laborales
- ☐ Obligó a renunciar
- ☐ Despidió
- ☐ Reprendió
- ☐ Suspendió
- ☐ Prescindió de mis servicios
- ☐ Le dieron responsabilidades o asignaciones laborales adicionales
- ☐ Se le denegó una adaptación de seguridad para víctimas de violencia
- ☐ Otro (especificar): _____

COMO RESULTADO, ME SUCEDIÓ LO SIGUIENTE. Seleccione todos los daños laborales que sufrió debido a los actos de su empleador. (Por ejemplo: lo bajaron de categoría o lo despidieron de su trabajo).

■ REPRESENTANTE DEL DEMANDANTE

¿Cuenta con un abogado que aceptó representarlo en este caso? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es afirmativa, proporcione la información de contacto del abogado:

Nombre:

Nombre de la firma:

Teléfono:

Correo electrónico:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

REPRESENTANTE DEL DENUNCIANTE

¿Cuenta con un abogado/a que haya aceptado representarlo en este asunto? Marque “Sí” si un abogado/a lo representa en su reclamo.

Si es así, por favor proporcione la información de contacto del abogado/a. Si marcó “Sí”, ponga la información de su abogado/a.

Nombre. Si un abogado/a le está ayudando con su reclamo, ponga el nombre de la persona que le esté ayudando.

NO indique a Legal Aid at Work como su “abogado/a” sin obtener permiso y sin un acuerdo firmado.

Nombre del despacho de abogados. Escriba el nombre del despacho de abogados/as o la organización de la persona que le esté ayudando.

Teléfono. Escriba el número de teléfono de su abogado.

Correo electrónico. Escriba la dirección de correo electrónico de su abogado/a.

Dirección. Escriba la dirección postal de tu abogado/a. Incluya el nombre de la calle y el número, así como el número de piso o despacho, la ciudad, el estado y el código postal. CRD enviará por correo postal copias de la información relacionada con su reclamo a la dirección que usted ponga.

■ INFORMACIÓN ADICIONAL

Describe brevemente lo sucedido:

INFORMACIÓN ADICIONAL

Describe brevemente lo que sucedió. Proporcione un resumen de los hechos que dieron lugar al daño que sufrió. Comience describiendo su trabajo, su empleador y sus condiciones laborales. Proporcione una cronología de los sucesos, incluyendo cualquier suceso importante que haya resultado en que su empleador tomara medidas negativas en contra de usted. Además, describa cómo respondió a las medidas de su empleador y los daños que estas medidas le causaron, tales como problemas financieros y/o de salud.

Por ejemplo:

Trabajaba como [*puesto*] para [*nombre del empleador*].

Mis responsabilidades laborales incluían [*describa las responsabilidades laborales*].

El empleador se especializa en [*describa el negocio o la industria del empleador*] y tiene aproximadamente [*número estimado de trabajadores*] empleados.

La empresa está ubicada en *[ciudad y condado]*.

He trabajado para este empleador durante *[número de años y meses de empleo]*.

El *[Fecha]*, yo *[Describe los sucesos importantes que resultaron en las medidas adversas. Por ejemplo, presentar una solicitud de adaptación por discapacidad, presentar una queja por discriminación o tomar una medida por la que posteriormente fui reprendido injustamente]*.

El *[Fecha]*, mi empleador *[Describe las medidas negativas de su empleador en contra de usted. Por ejemplo, rechazar una solicitud de adaptación sin ofrecer alternativas, hacer un comentario discriminatorio hacia usted o reprenderlo por algo por lo que nadie más es reprendido]*. Estas acciones ocurrieron *[Describe dónde y cómo ocurrió la medida adversa]*. Estuvieron *[Número de testigos]* personas presentes que presenciaron esto.
[NO INCLUYA AQUÍ LOS NOMBRES DE LOS TESTIGOS]

El *[Fecha]*, yo *[Describe cómo respondió a las medidas de su empleador. Por ejemplo, preguntarle a su empleador por qué le redujeron las horas, o solicitar hablar con Recursos Humanos]*.

El *[Fecha]*, mi empleador *[Describe cualquier otra medida adversa adicional que su empleador haya tomado en su contra después de su respuesta]*.

He tenido los siguientes problemas financieros debido a las medidas del empleador:
[Describe los problemas financieros. Por ejemplo, no poder pagar la renta o los servicios públicos, deuda de tarjeta de crédito, aumento de los gastos de cuidado infantil, disminución de los ingresos o aumento de los gastos de viaje].

He tenido los siguientes problemas de salud debido a las medidas del empleador:
[Describe los problemas de salud. Por ejemplo, trastorno de estrés postraumático (TEPT), aumento de las sesiones de terapia o visitas al hospital].

PRÓXIMOS PASOS

Una vez que hayas contestado el Formulario inicial y lo haya revisado para asegurarse de que esté completo y correcto, puede enviarlo por correo electrónico o por correo postal.

Para entregarlo por correo electrónico, utilice la siguiente dirección de correo electrónico: contact.center@calcivilrights.ca.gov

Para enviarlo por correo postal, envíe el formulario contestado a la dirección de las oficinas centrales del CRD que se indica a continuación. (Tome en cuenta que el envío por correo postal puede aumentar el tiempo de tramitación).

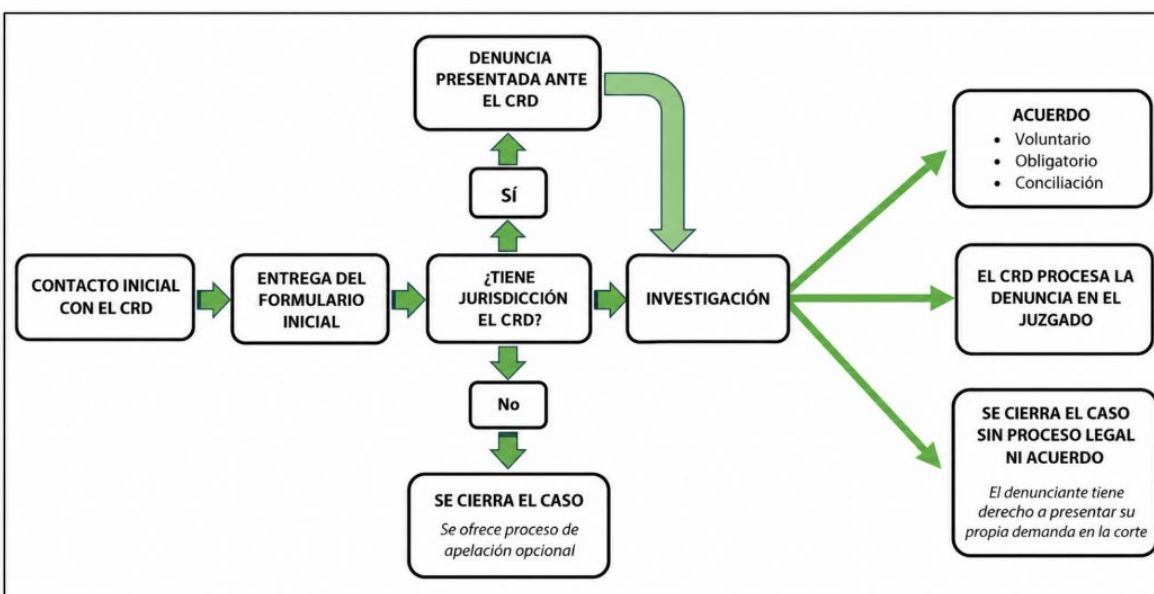
651 Bannon Street, Suite 200
Sacramento, CA 95811

Una vez que el CRD reciba tu formulario inicial, la agencia determinará si tiene jurisdicción para tramitar su denuncia. El hecho de presentar una denuncia no significa que el CRD ya haya determinado que hay motivo para creer que se cometió algún atropello legal. Más bien, significa que la CRD ha determinado de manera preliminar que las acusaciones están contempladas en una ley que el departamento tiene la autoridad de hacer cumplir.

Si CRD acepta investigar su denuncia, preparará un formulario de denuncia formal para **que usted lo firme. Antes de firmar, asegúrese de revisar este formulario de denuncia con mucho cuidado para garantizar que refleje correctamente lo que le sucedió y todas las reclamaciones que usted esté presentando. Si omite una reclamación, esto podría impedirle presentarla ante un tribunal más adelante.** Cuando devuelva la denuncia firmada, ésta se enviará a la persona o entidad que usted cree que discriminó contra usted.

El CRD no divulga los expedientes de investigación de los casos abiertos. Sin embargo, una vez que se cierre un caso, las partes pueden solicitar copias del expediente. La información que divulga el CRD se rige por la Ley de Registros Públicos y los privilegios correspondientes. Puede consultar la Política de Privacidad del CRD aquí: <https://calcivilrights.ca.gov/privacy/>.

A continuación se presenta un diagrama de flujo del proceso de denuncia ante el CRD:



Si tiene alguna pregunta general, puede llamar al Centro de Atención al Cliente de CRD al (800) 884-1684 (voz) o enviar un correo electrónico a: contact.center@calcivilrights.ca.gov .

Legal Aid at Work ofrece información adicional gratuita en línea, que incluye más de 100 hojas informativas y guías sobre áreas específicas del derecho, en su mayoría relacionadas con el empleo. Puedes encontrar estos recursos en nuestra Biblioteca de autoayuda en línea aquí: <https://legalaidatwork.org/self-help-library/>.

DESCARGA DE RESPONSABILIDADES: Esta guía es un recurso informativo independiente diseñado para ayudar a los lectores a entender y orientarse en el proceso de presentación de quejas laborales del Departamento de Derechos Civiles de California. Esta guía no constituye asesoramiento legal y no debe considerarse un sustituto del asesoramiento de un abogado calificado u otro profesional. Esta guía no tiene relación ni cuenta con el respaldo ni el patrocinio de ninguna agencia gubernamental. Los usuarios deben verificar los requisitos vigentes directamente con la agenc