

THE INDUSTRIAL COMMISSION OF ARIZONA

DIVISION OF OCCUPATIONAL SAFETY & HEALTH

P.O. BOX 19070
PHOENIX, ARIZONA 85005-9070

BRIAN C. DELFS, CHAIRMAN
MARCIA WEEKS, VICE CHAIRMAN
LOUIS W. LUJANO, SR., MEMBER
JOHN A. MCCARTHY, JR., MEMBER
DAVID PARKER, MEMBER

DARIN PERKINS, ADOSH DIRECTOR
(602) 542-5795
FAX (602) 542-1614

LAURA L. MCGRORY, ICA DIRECTOR
TERESA HILTON, SECRETARY

:

Se le entera que en cuanto complete y regrese la Declaración de Discriminación, su queja será investigada por el remitente. Cualquier comunicación acerca de este caso debe de dirigirse a mi. Mi numero de telefono es (602) . Se espera su cooperación en la investigación de su queja y si falla en hacerlo puede causar que su queja sea desechada debido a falta de cooperación de su parte. Por favor note que antes que una investigación pueda ser conducida por nuestra oficina, la Declaración de Discriminación aqui incluida debe estar completa y **firmada** (o alguna declaración similar escrita) **debe ser recibida en nuestra oficina a no mas tardar de 30 dias despues que se tomó la acción discriminatoria o su queja no será investigada.**

Por favor guarde cualquier evidencia en relación a su queja, tal y como, notas, actas, cartas, talónes de cheque, etc. Le será útil apuntar un relato de los hecho reales detalladamente, de lo que le ha pasado y también preparar una lista de nombres, domicilios y números de teléfono de testigos potenciales, junto con un resumen breve de lo que cada testigo debe saber, para mi uso, y enviarme esa información junto con la Declaración de Discriminación completa.

Como resultado de las decisiones recientes de la Corte Suprema, empleados del sector privado buscando conservar su derecho a una investigación de discriminación Federal 11(C) tambien debe ser presentada con sus quejas la OSHA Federal dentro de 30 dias de la presunta discriminación al menos que existan fuertes circunstancias atenuantes o la discriminación sea una violación continua.

Si tiene preguntas, por favor no dude en llamarme.

Atentamente,

Oficial De Discriminación

DECLARACION de DISCRIMINACION

Yo, _____, resido en _____
(NOMBRE) (DOMICILIO)

en _____, _____, _____
(CIUDAD) (CONDADO) (ESTADO) (CODIGO POSTAL)

Mi número de teléfono es: Código de Area () _____
(NUMERO)

Yo he trabajado en: _____
(NOMBRE DE LA EMPRESA)

Localizada en: _____
(DOMICILIO DE LA EMPRESA)

Número de teléfono de la empresa: Código de Area () _____
(NUMERO)

La clasificación de mi trabajo es/fue: _____

NARRACION

NOTA: La narración debe describir en detalle los eventos relacionados con las acciones que usted reclama ser en violación de A.R.S. §23-425. Entonces, usted debe incluir la siguiente información en su narración: (1) Oficio ó descripción del trabajo al cual usted se dedicó, (2) La razón por la cual usted cree que su empresario le despidió ó discriminó contra usted, (3) La fecha y hora que ocurrió el despido ó discriminación, (4) El domicilio y lugar donde ocurrió el despido ó discriminación, (5) El nombre de su supervisor/a, (6) Los nombres, domicilios, y teléfonos de testigos que justificarán su reclamo, (7) Una descripción detallada (incluyendo fechas, horas, lugares, testigos y personas involucradas) de los eventos que condujeron a su despido ó discriminación, (8) Su objetivo en presentar ésta queja de discriminación, (9) ¿Está usted trabajado en este momento? Si es así, ¿Para quién? (10) Un número de teléfono donde se le pueda localizar entre 7 A.M. y 6 P.M., de Lunes a Viernes. Usted puede usar hojas adicionales, si es necesario.

AUTORIZACION PARA LA EMISION DE REGISTROS DE EMPLEO

A Quien Corresponda:

El/La Sr./Srita. _____, autoriza a la Comisión Industrial de Arizona que obtenga cualquier copia y/o todos los registros personales de empleo involucrando su empleo con _____ .

Firmado este día _____ de _____, 20_____ .
