

**UNIDAD ANTIDISCRIMEN
DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS**

Información del/de la Querellante

Tipo de Empresa/Type of Business: _____

Representante Legal/Lawyer's name: _____

Dirección postal y teléfono/Mailing address and Phone Num.: _____

Nombre de la persona de contacto/ Contact person's name: _____

Teléfono/Phone: _____

CASOS DE ADA SOLAMENTE: IDENTIFIQUE EL TIPO DE IMPEDIMENTO/ADA CASES PLEASE IDENTIFY TYPE OF DISABILITY:

ME COMPROMETO A INFORMAR A LA UNIDAD ANTIDISCRIMEN DE LO SIGUIENTE:

1. NOTIFICAR SI DECIDIERE RADICAR UNA ACCION POR LOS MISMOS HECHOS DE LA QUERRELLA ANTE ALGUN OTRO FORO ADMINISTRATIVO O JUDICIAL. INCLUSO NOTIFICARE ESE HECHO, SI SE TRATASE DE UNA RECLAMACION ANTE OTRA DIVISIÓN DE ESTE MISMO DEPARTAMENTO COMO, POR EJEMPLO, UNA DE DESPIDO INJUSTIFICADO BAJO LAS DISPOSICIONES DE LA LEY 80 DEL 30 DE MAYO DE 1976; SEGÚN ENMENDADA.
2. NOTIFICARE INMEDIATAMENTE EL CAMBIO DE MI DIRECCIÓN O TELEFONO. RECONOZCO QUE AL NO HACERLO Y NEGARLES ASI LA OPORTUNIDAD DE LOCALIZARME, PUEDE DAR MOTIVO A QUE SE DESESTIME MI QUERRELLA.

_____ **FECHA**

_____ **FIRMA DEL/DE LA QUERELLANTE**

IDENTIFIQUE LAS QUERRELLAS, SI ALGUNAS, QUE USTED HAYA RADICADO ANTE OTRA DIVISIÓN DEL DEPARTAMENTO DEL TRABAJO Y RECURSOS HUMANOS

División o Negociado	Núm. del Caso	Fecha de Radicación	Status del caso
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			