



FORMULARIO DE DENUNCIA

El propósito de este formulario es ayudarlo a presentar una queja ante la Comisión Correccional del Estado de Nueva York (New York State Commission of Correction). No tiene la obligación de usar este formulario, es suficiente con enviar una carta con la misma información.

1. Escriba su nombre y dirección.

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo o Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

2. Persona(s) contra la(s) que se discriminó, si no es(son) la(s) que se menciona anteriormente:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo o Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Explique qué tipo de relación tiene con esta(s) persona(s).

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. Entidad y departamento o programa que discriminó:

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

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Particular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo o Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

4A. Fuera del empleo: ¿Su denuncia se refiere a discriminación durante la prestación de servicios, o el departamento o entidad cometió actos de discriminación contra usted u otras personas durante el desarrollo de otras actividades? Si así fue, indique a continuación la(s) razón(es) por la(s) cual(es) usted cree que se actuó discriminatoriamente.

\_\_\_\_ Raza/Color de piel: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_ Discapacidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4B. En el empleo: ¿Su denuncia se refiere a discriminación en el empleo cometidos por el departamento o la entidad? Si así fue, indique a continuación la(s) razón(es) por la(s) cual(es) usted cree que se actuó discriminatoriamente.

\_\_\_\_ Raza/Color de piel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Religión: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_ Discapacidad: \_\_\_\_\_

5. ¿Puede recordar en qué fecha(s) tuvo lugar la supuesta discriminación?

Primera fecha de discriminación: \_\_\_\_\_

Fecha de discriminación más reciente: \_\_\_\_\_

Las denuncias por discriminación generalmente deben presentarse dentro de los 180 días de ocurrido el hecho alegado.

6. Explique con la mayor claridad posible qué sucedió, por qué cree que sucedió y cómo se le discriminó. Indique quién participó. Recuerde explicar de qué modo las demás personas fueron tratadas de un modo diferente. (Use más hojas si fuera necesario y agregue las copias del material escrito referente a su caso).

7. Firme y escriba la fecha en el Formulario de denuncia a continuación. Tenga en cuenta que si presenta este formulario por correo electrónico no tiene que firmarlo porque al enviarlo por este medio se supone que está firmado.

(Firma) \_\_\_\_\_ (Fecha) \_\_\_\_\_

Puede agregar todas las hojas adicionales que desee para explicar su situación actual. Si envía esta denuncia por correo postal, dirija el Formulario de denuncia a la siguiente dirección:

**NYS Commission of Correction  
AE Smith State Office Building  
80 South Swan Street, 12<sup>th</sup> Floor  
Albany, New York 12210-8001**

Si envía el Formulario de denuncia por correo electrónico, la dirección es la siguiente:

[infoscoc@scoc.ny.gov](mailto:infoscoc@scoc.ny.gov).