STATE OF CALIFORNIA
DMV
DEPARTMENT OF MOTOR VEHICLES

A Public Service Agency

OFFICE USE ONLY
CASE NUMBER
INFORMAL
FORMAL
DFEH
EEOC

DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN

Complete únicamente llene las casillas sin sombreado

1. NOMBRE DEL DENUNCIANTE (POR FAVOR EN LETRA DE MOLDE)
2. DIVISIÓN
3. UNIDAD U OFICINA DE CAMPO — NRO. DE UNIDAD ___ ___ ___
4. NRO. TELEFÓNICO DEL TRABAJO ( )
5. DOMICILIO RESIDENCIAL — NRO. TELEFÓNICO DEL DOMICILIO ( )
6. CLASIFICACIÓN — CÓDIGO DE CLASE ___ ___ ___ ___
7. CONDADO DONDE ESTÁ EMPLEADO — CÓDIGO ___ ___
8. SEXO
9. ETNIA — CÓDIGO ÉTNICO
10. EDAD ☐ Menor de 40 ☐ Mayor de 40
11. SUPERVISOR INMEDIATO / TÍTULO
12. SUPERVISOR DE SEGUNDA LÍNEA / TÍTULO
13. SUPERVISOR DE TERCERA LÍNEA / TÍTULO
14. OBJETIVO DE LA DENUNCIA / RELACIÓN CON EL DENUNCIANTE
15. BASE PARA LA DENUNCIA

☐ (A) Edad
☐ (B) Ancestros
☐ (C) Color
☐ (D) Discapacidad (especifique) _____
☐ (E) Estado Civil
☐ (F) País de Origen
☐ (G) Afiliación Política
☐ (H) Raza
☐ (I) Religión
☐ (J) Sexo
☐ (K) Acoso Sexual
☐ (L) Tendencia Sexual
☐ (M) Represalias
☐ (N) Permiso Familiar o Médico
☐ (O) Embarazo

16. DECLARE INCIDENTES ESPECÍFICOS DE TRATO DISCRIMINATORIO (UTILICE MÁS HOJAS SI ES NECESARIO). — CÓDIGO EMISIÓN ___ ___ ___
17. SOLUCIÓN QUE SE BUSCA
18. FIRMA DEL DENUNCIANTE
19. FECHA DE REGISTRO

OFFICE USE ONLY

20. DISPOSITION	21. REMEDY(IES)	22. I/D	23. ACTION	24. DATE RESOLVED
___	___ ___ ___	___	___	___ ___/___ ___/___ ___

25. ANALYST	26. ANALYST TIME SPENT (HRS.)	27. OTHER TIME SPENT (HRS.)

28. RESOLUTION
29. COMMENTS

DMV - Oficina de Igualdad en el Empleo (EEO)
2415 1st Avenue, MS F115, Sacramento, CA 95818
FAX (916) 657-8382