

**OFFICE OF EQUAL OPPORTUNITY  
(OFICINA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDAD)  
UNIVERSIDAD DE NUEVO MÉXICO  
609 BUENA VISTA N.E.  
ALBUQUERQUE, NUEVO MÉXICO 87131-0042  
(505)277-5251**

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LOS FORMULARIOS PRELIMINARES**

La oficina de Igualdad de Oportunidad (OEO) está disponible para estudiantes, empleados, y el personal docente de la Universidad para asistirlos en tratar con reclamos de derechos civiles (e.g. discriminación y hostigamiento sexual).

Al llenar nuestro formulario preliminar, usted nos está proporcionando información importante que será utilizada para determinar si su caso contiene los elementos necesarios para establecer un reclamo de derechos civiles.

Para establecer un reclamo de derechos civiles, lo siguiente debe ser descrito:

- Su categoría de protección (e.g. raza, color, religión, origen nacional, incapacidad física o mental, edad, sexo, orientación sexual, identidad de género, ascendencia, afiliación conyugal, embarazo, o condición médica.)
- El incidente o situación que usted cree ser discriminatorio.
- Una comparación del trato que usted ha recibido, como miembro de su categoría de protección, con otros individuos que están situados similarmente, pero que no son miembros de su misma categoría de protección.

OEO está autorizada para aceptar y investigar denuncias de discriminación y hostigamiento sexual. Aunque el personal de OEO es capaz de explicar el procedimiento pertinente al caso y el proceso de investigación que se conlleva en una denuncia formal, no somos clínicos entrenados que pueden lidiar con los efectos emocionales y psicológicos por los que podría pasar un individuo como resultado de una conducta discriminatoria o de hostigamiento sexual. Por consiguiente, favor de llamar a los siguientes servicios disponibles para asistirle con cualquiera de estas cuestiones.

1. Para consejos o referencias, comuníquese con la siguiente oficina: **Counseling Assistance and Referral Service** (personal y profesorado): 272-6868
2. Servicio de Salud Mental Estudiantil: **Student Mental Health Service** (estudiantes): 277-4537
3. Para cuestiones de hostigamiento o violación sexual: **Rape Crisis Center** (estudiantes, personal & profesorado): 266-7711.

**FAVOR DE ACESORARSE DE:**

- Favor de sacar una fotocopia del papeleo/formulario preliminar **ANTES** de entregar los documentos a OEO.
- Las denuncias formales **DEBEN** ser **PRESENTADAS** dentro de **90 DIAS** del acto más **RECIENTE**.
- Completar un formulario preliminar es **UNICAMENTE PARA PROPOSITOS DE REVISION**.
- La información contenida en el formulario se mantiene **CONFIDENCIAL** en esta oficina.
- Usted será **CONTACTADO POR TELEFONO** si esta oficina acepta su reclamo para una investigación formal.

# CUESTIONARIO PRELIMINAR

## PARTE I. INFORMACION GENERAL

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_  
Título de puesto (si está empleado por la Universidad) \_\_\_\_\_

2. Dirección de empleo:  
Calle o No. de apartado postal \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: \_\_\_\_\_

Domicilio:  
Calle o No. de apartado postal \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: \_\_\_\_\_

**(Enviaremos toda correspondencia a su casa automáticamente a menos que usted indique lo contrario.)**

3. Proporcione el (los) nombre(s) de la(s) persona(s) que discrimina(n) contra usted, su departamento, dirección y número de teléfono:

Nombre (s): \_\_\_\_\_  
Departamento de UNM: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
No. de teléfono: ( ) \_\_\_\_\_ Otro \_\_\_\_\_

---

---

### CON QUE OTRAS OFICINAS DE UNM HA ESTADO EN CONTACTO:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Oficia de Auditoría Interna      | <input type="checkbox"/> Departamento de Policia         |
| <input type="checkbox"/> CARS                             | <input type="checkbox"/> Manijador de riesgo             |
| <input type="checkbox"/> Decano de Estudiantes            | <input type="checkbox"/> Representante de la unión       |
| <input type="checkbox"/> Resolucion de disputa            | <input type="checkbox"/> Oficina Legal de la universidad |
| <input type="checkbox"/> Departamento de Recursos Humanos | <input type="checkbox"/> Otro _____                      |
| <input type="checkbox"/> Director/Supervisor              | <input type="checkbox"/> Fuentes externas _____          |
| <input type="checkbox"/> Clinica de Intermedor            |  |

4. La violación de derechos civiles por la que usted ha pasado se basa en :  
[marque la(s) razón(es) apropiada(s)]

- Raza
- Color; Mi color es: \_\_\_\_\_
- Origen nacional
- Religión; Mi afiliación religiosa (o fé) es: \_\_\_\_\_
- Sexo/Género
- Edad; Tengo \_\_\_\_\_ años de edad.
- Hostigamiento sexual
- Incapacidad/Condición médica
- Orientación sexual
- Identidad de género
- Afiliación Conyugal
- Embarazo
- Represalia
- Ascendencia
- Estado de Veterano

5. Favor de proveer la siguiente información necesaria para propósitos estadísticos:

Su raza: \_\_\_\_\_

Su sexo: \_\_\_\_\_

Su origen nacional: \_\_\_\_\_

Su fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

¿Por cuánto tiempo ha trabajado/estudiado en UNM? \_\_\_\_\_

Si es un empleado, ¿por cuánto tiempo ha sostenido su puesto presente? \_\_\_\_\_

6. ¿Cuándo ocurrió la(s) violación(es) de derechos civiles? **(FAVOR DE NOTAR QUE DENUNCIAS FORMALES DEBEN SER PRESENTADAS DENTRO DE 90 DIAS DEL ACTO MAS RECIENTE.)**

Primera vez: (Fecha) \_\_\_\_\_

Última vez: (Fecha) \_\_\_\_\_

¿Fue continuo? (Sí/No) \_\_\_\_\_







10. ¿Tiene un abogado que lo representa ahora? Si tiene dé su nombre, el nombre de la compañía, numero de teléfono y dirección.

---

---

---

11. ¿Ha presentado un reclamo a la Comisión de Igualdad de Oportunidad de Empleo (EEOC), al Departamento de Educación, a la Oficina de Derechos Civiles (OCR), o a alguna otra agencia gubernamental que conciernan las alegaciones que está levantando en su acusación de discriminación con este departamento?

---

---

---

No  Sí, presenté a (la agencia): \_\_\_\_\_

El día (fecha) \_\_\_\_\_

---

Es su responsabilidad notificar a OEO **POR ESCRITO DE CUALQUIER CAMBIO** de su dirección o número telefónico. La notificación deberá ser proporcionada a OEO **DENTRO DE UNA SEMANA** de la fecha efectiva de cualquier cambio.

**Para el uso de la oficina de OEO (Igualdad de Oportunidad)**

Deposición de admisión	Formal ()	Informal ()
<input type="checkbox"/> Oficina de Auditoría Interna		<input type="checkbox"/> Departamento de Policia
<input type="checkbox"/> CARS		<input type="checkbox"/> Manijador de riesgo
<input type="checkbox"/> Decano de Estudiantes		<input type="checkbox"/> Representante de la union
<input type="checkbox"/> Resolucion de disputa		<input type="checkbox"/> Oficina Legal de la universidad
<input type="checkbox"/> Departamento de Recursos Humanos		<input type="checkbox"/> Otro _____
<input type="checkbox"/> Director/Supervisor		<input type="checkbox"/> Fuentes externas _____
<input type="checkbox"/> Clinica de Intermedor		