



TITLE:  
Denuncia De Acoso En El Lugar De Trabajo

FORM: GBCX-R-F(S)

Updated 8/10/2020

**Alegación de acoso en base a raza/color/nacionalidad/religión/género (incluyendo identidad de género, orientación sexual, estado civil o embarazo)/discapacidad/edad**

El acoso en el lugar de trabajo constituye toda conducta verbal, escrita o física indeseada que denigra o demuestra hostilidad o aversión hacia un empleado, un postulante a un puesto de trabajo, un voluntario, un vendedor o contratista en base a su raza, color, origen nacional, religión, género (incluyendo identidad de género, orientación sexual, estado civil o embarazo), discapacidad o edad y que (1) tiene el objeto o efecto de crear un entorno laboral intimidante, hostil u ofensivo; y (2) tiene el objeto o efecto de interferir irrazonablemente con el desempeño laboral de un empleado o afectar negativamente las oportunidades laborales o de compensación del empleado. El acoso en el lugar de trabajo incluye el acoso sexual. No incluye supervisión legítima.

I. Nombre: \_\_\_\_\_

Lugar del trabajo o Departamento: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Puesto con el Distrito: \_\_\_\_\_

II ¿Cuál es la base del acoso? (Raza, color, origen nacional, religión, sexo (incluyendo identidad de género, orientación sexual, estado civil o embarazo), la discapacidad o la edad) \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió esta acción o acontecimiento? \_\_\_\_\_

¿Cuándo ocurrió? (fecha y hora aproximadamente) \_\_\_\_\_

¿Quién está involucrado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quién puede ser testigo de esta acción o acontecimiento? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Habló con alguien sobre esto después de la acción o acontecimiento? \_\_\_\_\_

¿Ha pasado esto antes? De ser así, ¿cuándo, dónde, quién estaba implicado, y quién puede ser testigo? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Por favor, explique y describa con sus propias palabras la acción o el evento que usted considera un comportamiento de acoso. Sea lo más específico posible, ya que la información que proporcione nos ayudará en el proceso de investigación de este informe. (Adjunte una hoja adicional, si es necesario).

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor, explique con sus propias palabras cómo esta acción o acontecimiento ha afectado su entorno de trabajo, rendimiento en el trabajo, o las oportunidades de empleo:

---

---

---

---

---

---

---

---

Por favor regrese este formulario de informe llenado con prontitud al administrador del lugar o departamento (o, de ser adecuado, al Asistente del Superintendente de Recursos Humanos).

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_