



# UNIVERSITY OF ARKANSAS

## OFICINA DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES Y CUMPLIMIENTO FORMULARIO DE RECLAMO FORMAL

Nombre: \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_  
Dirección postal: \_\_\_\_\_  
Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_  
Números de teléfono: (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Teléfono móvil) \_\_\_\_\_  
Departamento: \_\_\_\_\_ Puesto de trabajo: \_\_\_\_\_  
Persona a quien se dirige el reclamo: \_\_\_\_\_  
Supervisor inmediato: \_\_\_\_\_  
Nombre del Jefe del Departamento/Director/Decano: \_\_\_\_\_

*Esta declaración debe enviarse al funcionario a cargo de los reclamos dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la fecha de notificación de despido con causa o dentro de los diez (10) días hábiles después de un intento de resolución informal sin éxito.*

### **Seleccione a qué disposición del Proceso de reclamo corresponden sus inquietudes:**

- Una presunta interpretación o aplicación errónea, o incumplimiento de una disposición específica de la política de la universidad que afecta sustancialmente los términos y condiciones de empleo de la parte reclamante.
- Acoso, que incluye, entre otros, actos de intimidación repetitivos y continuos, humillación o ridiculización, ya sea de forma escrita, oral, electrónica o física contra la parte reclamante, lo que interfiere sustancialmente con su entorno de trabajo.
- Despidos que se consideran "despidos con causa" según se definen en la sección 10.4 del Manual de empleados.

**Descripción detallada del reclamo:** *(Adjunte páginas adicionales si es necesario).*

**Identifique, de forma específica, qué medida le pediría a la universidad que implemente para resolver su reclamo:** *(Adjunte páginas adicionales si es necesario).*

***Al presentar este reclamo, acepto las condiciones establecidas en el Procedimiento de reclamos para empleados de University of Arkansas.***

\_\_\_\_\_  
*Firma de la parte reclamante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha de presentación*