

ESTADO DE RHODE ISLAND
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS
180 Westminister Street, 3rd Piso, Providence, RI 02903-1918
Phone 401-222-2661 TDD: 401-222-2664 Fax: 401-222-2616

CUESTIONARIO DE DISCRIMINACIÓN

Por favor llene este formulario lo mas completo que pueda y devuélvalo a la Comisión. Nos pondremos en contacto con usted en cuanto una determinación de su acusación formal, si su queja cae bajo nuestra jurisdicción, note que este formulario **no** es una acusación formal de discriminación. **TENGA EN CUENTA SI LA PREGUNTA #7 NO TIENE UNA REPUESTA COMPLETA, LA COMISIÓN NO PODRA PROCESAR SU ACUSACIÓN.**

Indique: Sr./Sra./Srta.

Fecha: _____

1. Nombre _____
(Primer) (Segundo) (Apellido)
Dirección _____
Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____
Número de Teléfono (incluya el código) Casa: _____ Trabajo: _____
Celular: _____ Fecha de Nacimiento _____ Email _____

2. ¿Como se enteró usted de la Comisión? Folleto de la Comisión Propaganda de la Comisión
 Pagina Web de la Comisión Otro _____

3. ¿A quién está acusando usted? Tienda Banco Compañía de Tarjeta de Credito Restaurante Otro

Nombre _____

Dirección _____

Nombre del Presidente de la Compañia _____ Teléfono _____

¿Quiere usted acusar alguna persona(s) espesificamente quien discrimino contra usted? Sí No
Si "Sí", por favor escriba el Nombre, Dirección, y Número de Teléfono de la persona.

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Número de Teléfono (incluya el código) _____

4. El número aproximado de empleados en la compañía _____

5. Causa de discriminación alegada: Raza Color Religión Origen Nacional Sexo Edad (18 o mas)

Impedimento Mental/Fisico Orientación Sexual Identidad de Genero o Expresión Estatus Civil*

Estatus Familiar/Niños Menores de Edad* Asociación* Víctima de Violencia Domestica*

Estatus Militar*

* = *Solamente en Crédito*

Explique causa _____ Ejemplo: si marco raza, indique su raza: _____

6. Por favor, marque la acción/condición alegada: Negación de Crédito Negación de Prestamo

Terminos y Condiciones del Prestamo Terminos y Condiciones de Servicio

Negación de Acceso a Sitio Público Otro (Indique) _____

7. Por favor, explique (en un papel separado) que acción tomaron contra usted que usted cree que es discriminatoria. ¿Había otra persona(s) que recibió algún tratamiento diferente que usted? ¿Cual daño, si hubiera, sufrió usted debido a esa acción? Por favor, incluya las fechas y los nombres pertinentes. Si usted nombro algun(os) individuo(s) en la pregunta #3, usted tiene que explicar la acción discriminatoria que esta persona(s) uso contra usted, o el individuo(s) no sera nombrado(a) en esta acusación. Si usted tiene algunos documentos revelantes, por favor, incluya las copias con su declaración.

8. Por favor, especifique la fecha(s) y lugar cuando el daño alegado pasó _____

9. ¿Ha buscado usted alguna ayuda sobre la acción que usted piensa es discriminatoria de otra fuente?

Sí No Si "Sí", indique : _____

Nombre de la fuente de ayuda _____

Resultado, si hay _____

10. Si usted a contratado un abogado, por favor indique: Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono (incluya el código) _____

¿El o Ella le estara representando? Sí No

11. Por favor, suministre el nombre de una persona que no viva con usted que pueda comunicarse con usted:

Nombre _____ Relación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Número de Teléfono (incluya el código) _____ Celular _____

Si usted tiene algun impedimento y requiere asistencia o una acomodación razonable para completar este formulario, por favor de comunicarse con la Comisión y uno sera facilitado.

PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA OFFICINA – POR FAVOR NO COMPLETE

MANDE NOTICIAS A:

A) Agent Para Servicio _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

B) Oficina Central Corporativa _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

C) Otro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____