

ESTADO DE RHODE ISLAND
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS

180 Westminster Street, 3rd Piso
Providence, RI 02903-1918

Phone: (401)222-2661 TDD (401)222-2664 Fax: (401)222-2616

CUESTIONARIO DE DISCRIMINACIÓN EN VIVIENDA

Llene este formulario lo mas completo posible 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. Por favor, note que este formulario no es una acusación formal de discriminación, **TENGA EN CUENTA QUE SI LA PREGUNTA # 7 NO TIENE UNA RESPUESTA 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: _____

2. ¿Como aprendio usted acerca de la Comisión? Folleto de la Comisión Propaganda de la
Comisión Pagina web de la Comisión Otro _____

3. ¿A quién está acusando usted? Banco Gerente Dueno Agente Constructor
 Otro: _____

Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

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

4. Local de la propiedad:

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

¿Cuantos apartamentos tiene la propiedad actualmente? _____

5. Marque la causa alegada de discriminación:

Raza Color Estado Civil Religión Impedimento Fisico o Mental Sexo Origen
Nacional Edad (mayor de 18 años) Orientación Sexual Niños Menores de Edad/Estatus
Familiar Víctima del Abuso Doméstico Identidad de Género o Expresión Estatus de Vivienda
Especifique: _____

Ejemplo: Si usted marca raza, indique su raza

6. Por favor, marque la acción o condición discriminante alegada:

Negación de Alquiler Negación de Venta Estatus de Vivienda Negación de Hipoteca
 Terminos y Condiciones de Alquiler Terminos y Condiciones de Venta Anuncio/Publicidad
 Acomodación Razonable Desquite Intimidación/Coerción
 Otro _____

7. Por favor, en una hoja de papel separado explique qué pasó contra usted que usted considera ser discriminatorio. ¿Había otras personas que recibieron tratamiento diferente que usted? ¿Cuál daño, si hubiera, sufrió usted debido a esa acción? Por favor, incluya todos los nombres y fechas pertinentes. Si usted tiene algunos documentos relevantes a su queja, por favor incluya las copias con su declaración.

8. Por favor, especifique la fecha o fechas cuando el daño alegado pasó _____

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

Sí No Si usted contesto sí, por favor especifique: _____

Nombre de la fuente de ayuda _____

Resultado, si hay: _____

10. Si usted ha empleado a un abogado, indica por favor: Nombre _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código Postal _____ Teléfono _____

¿Él o Ella le estará 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 _____ Numero de Teléfono _____ Celular: _____

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

PARA EL USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA - NO LO COMPLETE

MANDE NOTICIAS A:

A) Agente Para Servicio _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

B) Oficina Central Corporativa _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

C) Otro _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____