

ESTADO DE RHODE ISLAND  
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS

180 Westminster Street, 3<sup>rd</sup> Piso

Providence, RI 02903-1918

Phone 401-222-2661 Fax: 401-222-2616 Retransmisión de voz 7-1-1

**CUESTIONARIO DE DISCRIMINACIÓN GENERAL**

Por favor llene este formulario lo mas completo que pueda y devuélvalo a la Comisión. Nos pondremos en contacto con usted en cuanto su presentación sea revisada. **Tenga en cuenta 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 CUESTIONARIO.**

Indique: Sr./Sra./Srta./Otro \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

1. Nombre \_\_\_\_\_

(Primer)

(Segundo)

(Apellido)

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono: Casa ( ) \_\_\_\_\_

Trabajo ( ) \_\_\_\_\_

Celular ( ) \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Correo Electronico: \_\_\_\_\_

2. ¿Como se enteró usted de la Comisión?  Folleto de la Comisión  Propaganda de la Comisión  
 Pagina de Facebook de la Comisión  Otro \_\_\_\_\_

3. ¿A quién quiere acusar usted?  Tienda  Banco  Compañía de Tarjeta de Credito  Restaurante  
 Otro Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Nombre del Presidente de la Compañía \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

¿Quiere usted acusar alguna persona (s) específicamente quien discrimino contra usted?  Sí  No

Si "sí": Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_

Teléfono ( ) \_\_\_\_\_

4. El número aproximado de empleados en la compañía \_\_\_\_\_

5. Base de discriminación alegada:  Raza  Color  Religión  Origen Nacional  Sexo  
 Edad (18 o mas)  Impedimento  Orientación Sexual  Identidad de Genero o Expresión  
 Represalias  Estatus Familiar (*Solamente en Crédito*)  Estatus Civil (*Solamente en Crédito*)  
 Asociación (*Solamente en Crédito*)  Estatus Militar (*Solamente en Crédito*)

Explique la basis \_\_\_\_\_

(Ejemplo: si marco raza, indique su raza)

6. 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 discriminante. ¿Había otra persona(s) que recibió algún tratamiento diferente que usted? ¿Cuál daño, si hubiera, sufrió usted debido a esa acción? Por favor, incluya las fechas y los nombres pertinentes. Si usted nombro algún(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) 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 ( ) \_\_\_\_\_

¿Ellos lo estaran 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 \_\_\_\_\_ Teléfono: Casa ( ) \_\_\_\_\_ Celular ( ) \_\_\_\_\_

**Si tiene usted algún 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 OFICINA – 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 \_\_\_\_\_