

ESTADO DE RHODE ISLAND
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS

180 Westminster Street, 3rd 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. También puede enviar su sumisión por correo electrónico a richr.info@richr.ri.gov. **Si tiene usted algun impedimento y requiere asistencia o una acomodación razonable para completar este formulario, por favor de comunicarse con 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.**

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) especificamente 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)

IMPORTANTE: TENGA EN CUENTA SI LA PREGUNTA #7 NO TIENE UNA REPUESTA COMPLETA, LA COMISIÓN NO PODRA PROCESAR SU CUESTIONARIO.

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 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) 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 () _____

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 _____