

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 EN VIVIENDA

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.housing@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?

Banco

Gerente

Dueno

Agente

Otro

Nombre

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

Numero de Teléfono ()

4. Local de la propiedad:

Dirección

Ciudad

Estado

Código Postal

¿Cuantos apartamentos tiene la propiedad actualmente?

5. Base de discriminación alegada:

Raza

Color

Religión

Origen Nacional

Sexo

Edad (18 o mas)

Orientación Sexual

Identidad de Genero o Expresión

Estatus Militar

Impedimento

Niños Menores de Edad/Estatus Familiar

Estado Civil

Represalias

Victima del Abuso Doméstico

Estatus del Vivienda

Fuente Legal de Ingresos

Explique la basis

(Ejemplo: si marco raza, indique su raza)

6. Marque la acción/condición alegada:

Negación de Alquiler

Negación de Venta

Negación de Hipoteca

Terminos y Condiciones de Alquiler

Terminos y Condiciones de Venta

Anuncio/Publicidad

Acomodación Razonable

Intimidación/Coerción

Otro

IMPORTANTE: TENGA EN CUENTA SI LA PREGUNTA #7 NO TIENE UNA REPUESTA COMPLETA, LA COMISIÓN NO PODRÁ 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 todos los nombres y fechas pertinentes. Si usted a nombrado alguna persona en la pregunta número 3, Por favor explique la acción discriminatoria que esta persona uso contra usted. 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 estarán 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 _____