

**Comisión de Relaciones Humanas de Allentown  
Cuestionario de discriminación de vivienda**

**1. INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL RECLAMANTE**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono: (C) \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

(T) \_\_\_\_\_ ¿Podemos llamarte al trabajo  Sí  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y número de teléfono de una persona que NO vive con usted y sabrá cómo contactarlo:

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Apt.

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**2. ¿ CONTRA QUÉ EMPLEADOR U ORGANIZACIÓN DESEA PRESENTAR SU QUEJA?**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Ciudad

Estado

Código postal

Número de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Tipo de negocio \_\_\_\_\_

(\*For example, restaurant, theater, delivery service, state or local government agency, etc.)

**MERO DE UNIDADES PROPIETARIAS O ADMINISTRADAS POR EL ANTERIOR**

(si corresponde)  fewer than 4  4 to 16  15 to 20  20 or more

**3. DESCRIBA CÓMO TE HICIERON DAÑADO Y CUÁNDO, PARA QUE  
PODEMOS DETERMINAR SI PODEMOS AYUDARLE.**

\* Marque todo lo que corresponda.

**Escriba la fecha(s) en la que fue perjudicado junto al evento o acción discriminatorio:**

- Alquiler denegado \_\_\_\_\_  Desalojo \_\_\_\_\_  Venta denegada \_\_\_\_\_
- Financiamiento denegado \_\_\_\_\_  Tratamiento diferente / desigual \_\_\_\_\_
- Hostigamiento \_\_\_\_\_

**(Complete la pregunta 7 si fue hostigamiento).**

- Se denegó acomodo razonable por discapacidad \_\_\_\_\_
- Se le negó una modificación razonable por una discapacidad. \_\_\_\_\_

**OTROS, por favor sea específico:** \_\_\_\_\_

\* ADJUNTE COPIAS DE CUALQUIER DOCUMENTO, COMO UN ARRENDAMIENTO, ACUERDO DE ALQUILER, SOLICITUD, CARTA, RECIBO, ANUNCIO DE PERIÓDICO, ETC. PARA RESPALDAR LO QUE ESTAS DICHIENDO.

**4. ¿SIENTE QUE FUE TRATADO DIFERENTEMENTE (DISCRIMINADO EN CONTRA) POR CUALQUIERA DE LAS CARACTERÍSTICAS A CONTINUACIÓN?**

La comisión puede investigar su queja sólo si se cree que fue tratado de manera diferente y perjudicado debido a su raza, color, religión, ascendencia, edad, sexo, origen nacional, estado civil, discapacidad o el uso, manejo o la formación de un guía o de apoyo animal para ceguera, sordera o discapacidad física. Por ejemplo, si siente que lo trataron peor que otra persona debido a su raza como la razón. Si siente que recibió un trato diferente debido a su raza y sexo, verifique tanto la raza como el sexo. **Solo verifique las razones que explican por qué fue perjudicado.** Además, identifique su raza, color, religión, nacionalidad o ascendencia, si fue discriminado en función de esos factores.

- Hombre       Mujer       Embarazada
- Raza \_\_\_\_\_  Color \_\_\_\_\_
- Religión \_\_\_\_\_  Ascendencia \_\_\_\_\_
- Asociación con una persona de una raza diferente a la suya:  
Su raza \_\_\_\_\_ La raza de la otra persona \_\_\_\_\_
- Uso de una guía o animal de apoyo para personas con discapacidad (complete # 6)
- Manejo o entrenamiento de un animal de apoyo para discapacitados (complete el # 6)
- Otros (especificar) \_\_\_\_\_
- Tengo una discapacidad (por favor complete el # 6)
- El gerente, etc., me trata como si estuviera discapacitado.
- Tuve una discapacidad en el pasado. (por favor complete el # 6)

Tengo una relación o asociación con alguien que tiene una discapacidad. (por favor complete el # 6)

**VENGANZA**

Si cree que fue **perjudicado** porque se quejó de lo que creía que era discriminación ilegal, porque presentó una queja sobre discriminación ilegal o porque ayudó a otra persona a quejarse de discriminación, complete la siguiente información.

Fecha en que presentó una queja ante la Comisión de Relaciones Humanas de Allentown \_\_\_\_

Si presentó una queja ante otra agencia, indique el nombre y la fecha de presentación de la agencia:

\_\_\_\_\_  
Fecha en que se quejó de discriminación y persona con la que se quejó (nombre y cargo):

\_\_\_\_\_  
Fecha en que ayudó a alguien a quejarse por discriminación: \_\_\_\_\_

**5. DIGA LAS RAZONES DEL GERENTE, PROPIETARIO DE NEGOCIO, ETC. DIO POR LAS ACCIONES QUE TE PERJUDICARON.** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Quién te contó sobre el razonamiento de la acción? Incluyendo su posición o título

\_\_\_\_\_  
¿Cuándo se le informó sobre las medidas tomadas en su contra?

Fecha (s)

Si no recibió ninguna razón, marque aquí.

Con respecto a cómo sufrió perjudicado, identifique a una persona o personas que fueron tratadas mejor que usted. *Por ejemplo, cuando una persona hispana pregunta por un departamento, le dijeron que no estaba disponible, pero el departamento fue alquilado el mismo día a una persona blanca no hispana.*

Nombre de otra persona (s) - Nombre y apellido (si se conoce) \_\_\_\_\_

¿Cómo es esta persona diferente de ti? Por ejemplo, ¿cuál es su raza, edad, religión, etc.? \_\_\_\_\_

Por favor explique exactamente cómo esta persona fue tratada mejor o de manera diferente a usted. Incluir fechas.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si no puede identificar a alguien que recibió un trato mejor o diferente que usted, debe describir un incidente, una declaración, etc., que pueda investigarse y que se relacione

directamente con por qué recibió un trato diferente al de otra persona.

---

---

**6. SI MARCÓ UNA DE LAS CUATRO CATEGORÍAS DE DISCAPACIDAD ANOTADAS EN EL NÚMERO 4 ANTERIOR, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS. (SI NO, PASE A LA # 7)**

¿Cuál es tu discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiempo ha tenido esta discapacidad y cuándo comenzó? \_\_\_\_\_

¿Todavía tienes esta discapacidad?  sí  no

Si seleccionaste sí, ¿cuánto tiempo más espera tener la discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Qué actividades importantes de la vida tiene gran dificultad para realizar debido a su discapacidad? (Marque todas las que correspondan)

Viendo  Audición  Doblar  Para caminar  Levantamiento  Cargado de espaldas  Virar  Escalar  Correr  Hablar  pararse por largos períodos de tiempo  sentarse por largos períodos de tiempo  Cuidar de ti mismo  Pensar  Concentrarse  Relacionarse con los demás

Otras actividades importantes de la vida (Sea específico) \_\_\_\_\_

Si tuvo una discapacidad en el pasado, ¿cuándo comenzó y en qué fecha terminó?

---

Si su arrendador, administrador de la propiedad, etc. lo trata como si estuviera discapacitado:

¿Qué discapacidad creen o creen que tiene \_\_\_\_\_

¿Quiénes son las personas que lo tratan como discapacitado (nombres y posición)?

---

¿Por qué crees que estas personas piensan o creen que tienes una discapacidad?

---

¿Cómo se enteró su propietario, gerente, etc. sobre su discapacidad?

---

¿En qué fecha se enteraron de su discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Qué gerente / funcionario / agente específico se enteró de su discapacidad?

---

Si está relacionado con alguien que tiene una discapacidad, ¿cuál es su relación con esta persona? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la discapacidad de esta persona? \_\_\_\_\_

¿Cómo y en qué fecha se enteró el propietario, el gerente, etc. sobre la discapacidad de esta persona? \_\_\_\_\_

¿Solicitó acomodación o asistencia?  sí  no

Si seleccionaste sí,

• ¿A quién hizo su solicitud? \_\_\_\_\_

• ¿En qué fecha se hizo la solicitud? \_\_\_\_\_

- Describa la acomodación o la asistencia que solicitó y por qué.

---

---

---

¿El propietario, gerente, etc., proporcionó la acomodación o la asistencia solicitada?

sí  no

Si es así, en qué fecha \_\_\_\_\_

De no ser así, ¿le proporcionó otra acomodación o asistencia?  sí  no

Si es así, explíquelo por favor. \_\_\_\_\_

---

---

¿El propietario, el gerente, etc., denegaron su solicitud de acomodación o asistencia?

sí  no

Si es así, ¿quién negó su solicitud? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha se denegó la solicitud? \_\_\_\_\_

¿Qué razón se le dio para la negación? \_\_\_\_\_

---

---

**7. SI VERIFICÓ QUE FUE ATORMENTADO BAJO EL NÚMERO 4, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS TAN COMPLETAMENTE COMO ES POSIBLE.**

Nombra las persona(s) que te atormentado: \_\_\_\_\_

Su posición y la relación con el propietario, gerente, etc. \_\_\_\_\_

¿Cuándo fuiste atormentado? Fecha de inicio \_\_\_\_\_ Fecha final \_\_\_\_\_

¿Sigue el hostigamiento?  sí  no

¿Con qué frecuencia ocurrió el tormento? Lo mejor posible, indique la fecha, mes y año de cada incidente y con qué frecuencia ocurrieron las acciones de tormento.

Solo una vez \_\_\_\_\_  Una vez al día \_\_\_\_\_

Varias veces al día \_\_\_\_\_

Múltiples veces / semana \_\_\_\_\_

Múltiples veces / mes \_\_\_\_\_

Proporcione dos o tres ejemplos de experiencia del tormento.

---

---

---

¿Considera que alguno de los actos de tormentos anteriores es especialmente grave u ofensivo?  sí  no Si es así, ¿por qué? \_\_\_\_\_

---

---

¿El tormento tuvo un efecto negativo o dañino en usted o su salud? Si es así, explique:

\_\_\_\_\_

¿Te quejaste a alguien sobre el tormento?  sí  no

¿A quién te quejaste? \_\_\_\_\_

Nombre

Posicion o Titulo

¿En qué fecha te quejaste? \_\_\_\_\_

¿Se detuvo el tormento después de que te quejaste?  sí  no

Si terminó, ¿en qué fecha se detuvo? \_\_\_\_\_

Después de que se quejó, ¿se tomaron otras medidas contra usted? (por ejemplo, desalojo, servicio denegado, etc.)  sí  no

¿Cuáles fueron las acciones? \_\_\_\_\_

¿En qué fechas ocurrieron? \_\_\_\_\_

¿Quién tomó la acción contra ti? \_\_\_\_\_

¿Sabía esta persona que te quejaste del tormento?  sí  no

**8. ¿HA PARTICIPADO EN UNA ACCIÓN DEL TRIBUNAL DE NY CON RESPECTO A ESTE ASUNTO? (ACCIÓN JUDICIAL INICIADA POR USTED O CUALQUIER OTRO). SI ES ASÍ, POR FAVOR ESPECIFIQUE EL TRIBUNAL Y LA FECHA PRESENTADA, A LO MEJOR DE SU MEMORIA.**  sí  no

Corte

Ciudad

Condado

Estado

Dato archivado

**9. SI HA PRESENTADO ESTA QUEJA CON CUALQUIER OTRA AGENCIA LOCAL, ESTATAL O FEDERAL, POR FAVOR CONTESTE LO SIGUIENTE:**

Nombre de la agencia con la que presentó:

\_\_\_\_\_

Fecha de presentación

Número de consulta o queja

**10. SI TIENE UN ABOGADO QUE LO REPRESENTA EN ESTE ASUNTO, POR FAVOR HAGA QUE EL ABOGADO ENVÍENOS UNA CARTA QUE CONFIRME ESTO. (NO NECESITA UN ABOGADO PARA PRESENTAR UNA QUEJA).**

**DEBE FIRMAR Y FECHAR ESTE FORMULARIO ANTES DE DEVOLVERLO.**

*Por la presente verifico que las declaraciones contenidas en este formulario son verdaderas y correctas a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia. Entiendo que las declaraciones falsas en este documento están sujetas a las sanciones de 18 PA.C.S. Sección 4904, relacionada con autoridades de falsificación no juradas.*

**Firma** \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

**SI TIENE OTRA INFORMACIÓN QUE CREA QUE NECESITAMOS SABER PARA AYUDARNOS A ENTENDER SU QUEJA, POR FAVOR PROPORCIONE A CONTINUACIÓN. SENTIRSE LIBRE DE COLOCAR PÁGINAS ADICIONALES PARA DESCRIBIR LO QUE LE PASÓ TAN COMPLETAMENTE COMO ES POSIBLE.**

Lined area for providing additional information.

---

---

---