

***** Completar esta parte solo si su queja es en relación al EMPLEO *****

Cuál es el nombre y dirección legal de la compañía que discriminó contra usted?

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: () _____

El nombre y título de la persona o personas en la compañía que le causó su problema:

Nombre: _____ Título: _____

Fecha que empezó a trabajar para la compañía: _____ Su título: _____

Hay un sindicato o unión: Sí o No

Aproximadamente cuantas personas trabajan para esa compañía: _____

Último día que trabajo: _____

Si fue despedido, fecha de terminación : _____

Fecha de ultima discriminación: _____

Indique todo lo que paso que usted cree que fue discriminación. (Puede dar mas detalles en su entrevista.)

Que remedio razonable está buscando usted?

Ha registrado esta querrela con alguna otra agencia o un tribunal por este mismo caso? Sí No

Cuál agencia o tribunal? _____

***** Completar esta parte solo si su queja es en relación a VIVIENDA *****

Nombre y dirección legal de la compañía que discriminó contra usted?

Nombre: _____ Título _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: () _____

El nombre(s) y título de la persona o personas en la compañía que le causó problema:

Que le hizo la persona o compañía a usted? (por favor marque todo lo que le aplique)

Desocupación de vivienda

Se negó a rentarle el apartamento/casa

Se negó a enseñarle el apartamento/casa

Se negó a venderle la casa

Se negó a financiarle la venta

Otro (expique): _____

La fecha original de discriminación: _____

La fecha más reciente de discriminación: _____

El condado donde ocurrió la discriminación: _____

Describa todo lo que ocurrió que usted cree que fue discriminación. (Puede dar mas detalles en su entrevista.) _____

Que solución razonable está buscando usted? _____

Ha registrado ésta querrela con alguna otra Agencia o un Tribunal por este mismo caso ? _____

Cual Agencia o Tribunal? _____

**Completar esta parte solo si su queja es en relación a
*** LUGARES PÚBLICOS, EDUCACIÓN O CREDITO *****

Nombre y dirección legal de la compañía que discriminó contra usted?

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: () _____

El nombre(s) y título de la persona o personas en la compañía que le causó problema:

De que clase de compañía/organización está usted quejándose?

- | | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Restaurante | <input type="checkbox"/> Tienda | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Agencia de Gobierno |
| <input type="checkbox"/> Club | <input type="checkbox"/> Banco | <input type="checkbox"/> Agencia de Beneficencia | |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | | |

Que le hizo la compañía a usted? (por favor marque todo lo que le aplique)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Negó servicio | <input type="checkbox"/> Negó membresía | <input type="checkbox"/> Terminó membresía |
| <input type="checkbox"/> Negó hospedaje/servicio | <input type="checkbox"/> Negó Crédito/Préstamo | <input type="checkbox"/> Negó Aplicación |
| <input type="checkbox"/> Suspendió de la Escuela | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

La fecha original de discriminación: _____

La fecha más reciente de discriminación: _____

El condado donde ocurrió la discriminación: _____

Describa brevemente lo que ocurrió (Puede dar más detalles en su entrevista) _____

Que solución razonable está buscando usted? _____

Ha registrado ésta querrela con alguna otra Agencia o un Tribunal por este mismo caso ? _____

Cual Agencia o Tribunal? _____

Por favor lea la siguiente información, y firme abajo si usted autoriza una investigación de su querrela. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta sección, por favor vea a un Investigador de la Comisión, quien le clarificara acerca de nuestros procedimientos.

Yo certifico que ha mi se me han explicado los procedimientos de la Comisión y yo entiendo que este formulario no es una querrela formal. Yo entiendo que si mis alegaciones están dentro de la jurisdicción de la Comisión, yo podría llevar mi querrela formal hasta la División Estatal de la Comisión de Derechos Humanos (y con la Comisión de Igualdad de Oportunidad de Empleos) en las oficinas de la Comisión Derechos Humanos del Condado de Suffolk, o podría solicitar que la Comisión investigue el hecho en una forma informal para determinar si la situación puede ser resuelta de una manera más rápida sin la necesidad de llegar a una querrela formal.

Yo solicito que la Comisión de Derechos Humanos del Condado de Suffolk tome cualquier acción que sea necesaria para su investigación, y por ende doy mi autorización para que cualquier información contenida en este formulario sea revelada a cualquier persona que sea necesario. Y también autorizo a la Comisión para que examine mi archivo de trabajo, mi archivo médico o cualquier otro archivo pertinente, y reciba las copias necesarias sobre éste particular, así como para obtener cualquier información que sea requerida en la investigación de estas alegaciones.

Firma

Fecha

Nombre, dirección y número de teléfono de una persona que nos pueda informar como comunicarnos con usted.

Nombre: _____

Dirección: _____

_____ Teléfono: _____

Quien le referio a la Comisión de Derechos Humanos del Condado de Suffolk? _____
