

RESIDENT/APPLICANT
DISCRIMINATION COMPLAINT FORM
(SPANISH LANGUAGE KEY)

FORMULARIO DE QUEJA POR
DISCRIMINACIÓN PARA EL
RESIDENTE O SOLICITANTE
(GUÍA EN ESPAÑOL)

AUTORIDAD DE LA VIVIENDA DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK
DEPARTAMENTO DE IGUALDAD DE OPORTUNIDADES
OFICINA DE INVESTIGACIONES DE EMPLEO Y VIVIENDA EQUITATIVA
250 Broadway - 3rd Piso
New York, NY 10007
(212) 306-4468

Exoneración de Responsabilidad: Este documento es la traducción de un documento expedido por NYCHA. NYCHA proporciona esta traducción a usted únicamente a modo de conveniencia para que le ayude a comprender sus derechos y obligaciones. La versión en inglés es el documento oficial, legal, el que rige. Esta traducción no constituye un documento oficial.

A. N° de expediente

B. Fecha:

C. **Por favor escriba la información en letras mayúsculas:**

1. Nombre

a. Apellido

b. Primer nombre

c. Inicial del Segundo nombre

2. Nombre del residencial:

2. Dirección del residencial:

a. (Calle y N°)

b. (N° de Apt.)

c. Ciudad

d. (Código postal)

4. Dirección donde usted reside

a. (Calle y N°)

b. (N° de Apt.)

c. Ciudad

d. (Código postal)

5. Número de Teléfono diurno

6. Número de Teléfono nocturno

D. **Carácter de la queja**

Marque una:

a. Esta es una petición para solicitar la ayuda de la Oficina de Igualdad de Oportunidades a fin de resolver una queja de presunta discriminación y/o represalia.

b. Esta es una queja oficial de presunta discriminación y/o represalia

E. **Jurisdicción**

1. ¿Ha presentado esta queja anteriormente? a. Sí b. NO

c. En caso afirmativo, marque una de las siguientes casillas indicando dónde presentó dicha queja de discriminación y/o represalia

d. Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano

e. División de Derechos Humanos del Estado de Nueva York

f. Comisión de Derechos Humanos de la Ciudad de Nueva York

2. ¿Este incidente(s) ocurrió en los últimos doce (12) meses? a. Sí b. NO



F. 1. ¿Cuál es la supuesta razón de dicha discriminación? (Marque las casillas correspondientes)

- | | |
|------------------------------------|--|
| a. Edad | i. Estado de pareja |
| b. Estado de inmigrante/ciudadanía | j. País de origen/nacionalidad |
| c. Color de piel | k. Género/Sexo |
| d. Discapacidad | l. Religión |
| e. Raza | m. Orientación sexual |
| f. Estado militar | n. Represalia por presentar/oponerme/ayudar en la investigación de una queja |
| g. Estado civil | o. Víctima de violencia doméstica, violencia de pareja o delito sexual |
| h. Profesión | p. Fuente de ingreso lícita |

2. Describa que acto(s) discriminatorio(s) supuestamente se cometieron.
3. Nombre de la(s) persona(s) que usted piensa que discriminó/ron contra usted (*nombre completo y lugar de trabajo de cada uno*).
4. ¿Cuándo ocurrió la presunta discriminación? Sea preciso en la medida de lo posible en cuanto a la(s) fecha(s) de dicho acontecimiento(s).
5. ¿Dónde tuvo lugar? Sea preciso en la medida de lo posible en cuanto al sitio donde ocurrió la presunta acción(es) discriminatoria(s).
6. ¿Hubo testigos que presenciaron la presunta acción discriminatoria? (*Indique nombres completos, puestos, organización y números de teléfono*).
7. ¿Informó usted a alguien sobre esto? En caso afirmativo, indique el nombre y el puesto de cada persona a quien usted informó acerca del acto discriminatorio; además incluya la fecha cuando se lo informó a dicha persona.
8. ¿Qué clase de medida disciplinaria desea usted que se lleve a cabo?

G. AVISO REFERENTE A SU DERECHO DE PRESENTAR UNA QUEJA ANTE LOS ORGANISMOS COMPETENTES DE DERECHO CIVIL.

1. COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK

22 Reade Street, 1er Piso • Nueva York, NY 10006
(718) 722-3131 • 311 (in NYC) (Voice and TTY)
<http://www.nyc.gov/cchr/>

2. DIVISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE NUEVA YORK

1 Fordham Plaza, 4to Piso • Bronx, NY 10458
Tel: (718) 741-8400
<http://www.dhr.ny.gov>

3. DEPARTAMENTO DE VIVIENDA Y DESARROLLO URBANO DE LOS ESTADOS UNIDOS

Oficina de Viviendas Equitativas e Igualdad de Oportunidades
26 Federal Plaza, Sala 3541
Nueva York, NY 10278
(212) 264-800 • TTY (212) 264-0927
<http://www.hud.gov>

5. NOTA: Existen fechas límites establecidas por la ley para poder presentar una queja ante cada uno de estos organismos. Se recomienda a los residentes y solicitantes llamar a la agencia ante la cual desean presentar queja con el objeto de averiguar la fecha límite correspondiente.

6. He leído el contenido del formulario de queja por discriminación para el residente o solicitante y afirmo a mi leal saber y entender que es verdadero. Declaro que he leído el aviso anterior respecto a mi derecho de presentar una queja ante las instituciones federales, estatales y locales encargadas de hacer cumplir los derechos civiles.

7. Fecha

8. Firma del querellante

(Espacio reservado para el Departamento)

Fecha de la entrevista Realizada por

