



**FORMULARIO DE ADMISIÓN : Vivienda
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS Y CIVILES DE DES MOINES**

Por favor mande por correo, correo electrónico, o traiga esta información a:

602 Robert D. Ray Drive, Des Moines, Iowa 50309
Teléfono: 515-283-4284 • Fax: 515-237-1408 • Email: humanrights@dmgov.org

AGENCY USE ONLY
DMCHRC # _____
HUD # _____
Date Received: _____

**IMPORTANTE:
POR FAVOR
LEA**

- ◆ Este formulario es afectado por la Ley de Privacidad de 1974
- ◆ Este formulario se utiliza para obtener información antes del proceso de queja.
- ◆ **ESTA NO ES UNA QUEJA OFICIAL.**
- ◆ La organización o persona indicada en esta forma recibirá una copia de su queja oficial.
- ◆ **Cualquier declaración falsa o, ocultar información puede ser perjudicial al caso y puede dar lugar a un resultado anómalo.**

**NOTA: Por favor escriba o imprima (en tinta solamente)
Lea las instrucciones antes de completar este formulario. Los asteriscos (*) indican información requerida.**

Nombre(s): (Primer, Segundo, Apellido) *		Fecha de Nacimiento:*	
Dirección actual (Numero y Calle) *		Correo electrónico:	
Ciudad: *	Estado: *	Código Postal: *	Condado:
Número de Teléfono y código de área: *		Número de Teléfono Alterno y código de área:	
¿Podemos dejar mensaje de voz? * Sí No	Modo preferido de Contacto (Correo, Correo Electrónico, Teléfono): *		
Nombre de Contacto Si Usted No Está Disponible: *		Número de Teléfono de Contacto y código de área: *	
Nombre de Abogado o Representante (Si Aplica):		Número de Teléfono del Abogado:	
Fecha del Mas Reciente Incidente Discriminatorio: *			
Género: * (Especifique por favor)		Origen Nacional: * (País de Origen, Ascendencia)	
Raza: * (Indique todos que correspondan) <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> Isleño Asiático/Pacífico <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo <input type="checkbox"/> Otro:			

MEJOR HORARIO PARA CONTACTO (INDIQUE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN). (REQUERIDO)

Mañana Tarde Noche Entre: _____ Y: _____

BASE(S) DE DISCRIMINACIÓN (REQUERIDO) PORQUE FUE LA DISCRIMINACIÓN : ESPECIFIQUE LO NECESARIO

Ancestro (País de Origen, Etnicidad, o Acento): _____

Asociación (con clase protegida): _____

Color: Piel clara Piel Morena

Credo: _____

Estado Familiar: Edad(es) de hijo(s): _____

Identidad de Género: _____

Fuente legal de ingresos: _____

Discapacidad Mental

Origen Nacional: (País de Origen, Etnicidad, o Acento): _____

Discapacidad Física

Raza: _____

Religión: _____

Represalia (Indique solo si ha sometido una denuncia antes con nosotros o estuvo en contra de una práctica discriminatoria.)

Sexo/Género: _____

Orientación Sexual: _____

DOMICILIO DE LA PROPIEDAD DONDE LA ALEGACIÓN DE DISCRIMINACIÓN TOMO LUGAR**(REQUERIDO):** La organización será cargada con discriminación y recibirá una copia de su queja.

Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Persona de Contacto (dueño, gerente, oficial):	Cargo:	Teléfono y código de área:	

NOMBRE DE LA PERSONA(S) QUE DISCRIMINO CONTRA USTED (REQUERIDO):

Nombre (s):
Cargo/Título:
¿Si usted reclama <i>acoso</i> , quien lo acoso?
Nombre(s):
Cargo/Título:
Fecha del Acoso:
Locación:

TESTIGOS QUE PODRAN PROVEER EVIDENCIA EN SU SOPORTE:

(1) Nombre de Testigo:	Cargo:	Teléfono y código de área:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
(2) Nombre de Testigo:	Cargo:	Teléfono y código de área:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

¿A usted sometido esta queja con cualquier otra agencia o grupo Federal, Estatal, o Local contra la discriminación? (Si es así, por favor indique el nombre y la fecha de entrega.)

TIPO DE CASA O PROPIEDAD INVOLUCRADA (REQUERIDO):

<input type="checkbox"/> Casa Familiar Única	<input type="checkbox"/> Casa o edificio para 2,3, o 4 familias	<input type="checkbox"/> Edificio para 5 familias o mas
<input type="checkbox"/> Comunidad de edad 55+	<input type="checkbox"/> Otra: _____	
¿Cuándo se mudó a esta propiedad? _____		
¿Vive el dueño en la propiedad? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
¿Fue la propiedad construida después del 13 de marzo, 1991? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido <input type="checkbox"/>		
¿Qué hizo la persona involucrada en contra suya? Indique todos los que correspondan. (REQUERIDO):		
<input type="checkbox"/> Se negó alquilar, vender, o tratar con usted	<input type="checkbox"/> Discrimino en condiciones y términos de venta, renta, o servicios.	
<input type="checkbox"/> Desalojo	<input type="checkbox"/> Falsamente negó viviendas disponibles	
<input type="checkbox"/> Participo en tácticas de venta de casa para desalojar gente indeseable	<input type="checkbox"/> Discrimino en financiamiento o servicios de corretaje	
<input type="checkbox"/> Intimidó, interfirió, o coaccionó contra usted	<input type="checkbox"/> Negó acomodaciones o modificaciones razonables	
<input type="checkbox"/> Diseño o construcción de la vivienda	<input type="checkbox"/> Otra: _____	

Resumen de la queja: Por favor llene los particulares de su queja. Sea lo más específico posible, incluyendo quien lo discrimino, cuando paso, donde sucedió, y porque cree usted que paso. (REQUERIDO)

Recuerde que debe indicar por qué siente que fue discriminado. Incluya nombres y fechas si están disponibles. La queja se debe registrar con la Comisión de Derechos humanos y Civiles de Des Moines entre los **300 días del más reciente incidente discriminatorio.** **Si necesita más espacio, por favor añada otra página o envíe información adicional a humanrights@dmgov.org.**

Por favor responda a estas preguntas de modo que se relacionen con su denuncia. **(REQUERIDO)**:

1. ¿Cuándo ocurrió el primer acto discriminatorio? (fecha)
2. ¿Por qué cree usted que fue basada en su clase protegida (edad, discapacidad, raza, religión, sexo, etc.)?
3. ¿Sabe usted de otras personas distintas a usted que fueron tratadas **mejor** bajo la misma circunstancia, o una parecida?
Sí No Si indico 'sí', por favor indique el nombre de la persona, sus características, y como fue tratado mejor que usted.
4. ¿Sabe usted de otros individuos que fueron tratados **igual o peor** que usted bajo las mismas circunstancias, o una parecida?
Sí No Si indico 'sí', por favor indique el nombre de la persona, sus características, y como fueron tratados.

ALIVIO (REQUERIDO):

¿Cuál sería el alivio mínimo que usted aceptaría para resolver esta queja?

No Está Seguro Devolución de depósito Eliminación de cargos Acomodaciones Monetario \$

Otra:

¿Estaría usted dispuesto a participar en la conciliación (mediación) para buscar rápidamente una solución a su queja?

Sí No Quisiera más información

CONOCI ACERCA DE LA COMISION DE DERECHOS CIVILES Y HUMANOS DE DES MOINES POR MEDIO DE:
(ESPECIFIQUE)

¿Le gustaría que esta queja sea cruzada con la Comisión de Derechos Civiles de Iowa? Sí No

Certifico bajo pena de perjurio y en conformidad con las leyes del estado de Iowa y las leyes de los Estados Unidos de América que la declaración anterior es verdadera y correcta.
(REQUERIDO)

X _____ Fecha _____
Firma

Verificación sin notario autorizado por el Código de Iowa § 622.1; 28 U.S.C. § 1746

Si tiene algún documento o correspondencia de su proveedor de la vivienda que usted crea que pueda ayudar en esta investigación, por favor proporcione copias a nuestra oficina en persona, por correo, o por medio de humanrights@dmgov.org.