



COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON
CUESTIONARIO PRELIMINAR PARA DISCRIMINACION EN LUGARES Y ESPACIOS
PUBLICOS, CREDITO Y ASEGURAZA

Teléfono: (360) 753-6770 | FAX: (360) 586-2282 | Línea telefónica gratuita: (800) 233-3247 | Línea telefónica TTY: (800) 300-7525

FAVOR DE LEER ANTES DE PROCEDER:

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington no tiene jurisdicción sobre ciertos servicios o entidades, incluyendo, pero sin limitarse a: los actos de la policía; las decisiones de la corte, de las comisiones de Ciudad o del Condado, o de otras organizaciones administrativas o departamentos de licencia; los sitios de Internet; la negación de los beneficios públicos; el sustento de menores; las órdenes judiciales de visitación; los centros penitenciarios, las cárceles y sus programas; las acciones del Departamento de los Servicios de Protección a los menores o adultos; las tribus de los Nativos Americanos; y el gobierno federal. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington no tiene jurisdicción sobre las quejas presentadas más de 6 meses desde que ocurrió el último acto discriminatorio o si la acción injusta ocurrió fuera del estado de Washington. Su queja no será aceptada para investigación, si corresponde a una de las excepciones anteriores, o no cumple con los requisitos jurisdiccionales de la ley RCW 49.60. Si su queja cumple con los requisitos jurisdiccionales, por favor complete ese cuestionario.

Si necesita una acomodación razonable para llenar este cuestionario, por favor póngase en contacto con nosotros al 1-800-233-3247.

Regrese el Cuestionario a: Washington State Human Rights Commission
711 South Capitol Way, Suite 402, P.O. Box 42490 Olympia, WA 98504-2490

Por Favor Imprime

(Favor de contestar a las preguntas lo más completo posible. Si **no sabe contestar a una pregunta**, por favor escriba “**No lo sé**”. Si una pregunta **no aplica a usted**, por favor escriba “**n/a**”.)

1). Información personal:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Dirección _____ Depto. o Unidad # _____

Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código Postal _____

Números de Teléfono:

Casa (____) _____ Trabajo (____) _____ Celular (____) _____

Correo electrónico _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: Hombre ___ Mujer ___ Tiene alguna incapacidad? Sí ___ No ___

Por favor, conteste cada de estas preguntas a) y b):

a) ¿Es usted. . .? (Marque todas las que aplican)

- | | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano | <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Negro | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái |
| <input type="checkbox"/> Latino | <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Afro-Americano | <input type="checkbox"/> Nativo de otra isla del Pacífico |

b) ¿Cual es su Origen Nacional (país de origen o ascendencia)? _____

Proporcione, por favor, el nombre de una persona **quien no vive con usted** y a quien contactar si no logramos comunicarnos con usted.

Nombre _____ Parentesco o Relación _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Código postal _____ Condado _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____



COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON

CUESTIONARIO PRELIMINAR PARA DISCRIMINACION EN LUGARES Y ESPACIOS PUBLICOS, CREDITO Y ASEGURANZA

2). Yo creo que he sido discriminado(a) por la(s) siguiente(s) organización(es): (marque todo aquellas que aplican a usted)

- Lugar o Espacio Público Crédito Seguro (Aseguranza)

Información de Contacto de la Organización: (Si más de una organización es involucrada, por favor complete un cuestionario adicional)

Nombre de la Organización _____

Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____

Condado _____ Código Postal _____ Teléfono (____) _____

Tipo de Negocio _____

3). **Qué relación tiene usted con esta organización (Por ejemplo: cliente, paciente, estudiante, etc.)**

4). **¿Cuál es la razón (la base) por la cual usted cree que fue discriminado(a)?** *Por ejemplo:* Si usted cree que fue tratado(a) injustamente debido a su raza, por favor marque la casilla enseguida de **Raza**. Si usted cree fue **tratado injustamente debido a varias razones**, tales come sexo, religión y origen nacional, por favor marque **todo lo que se aplica a usted**. Si usted sufrió una acción adversa por quejarse de discriminación, por involucrarse con la queja de discriminación de otra persona, o por someter una queja de discriminación, por favor marque la casilla enseguida de **“Represalia”**.

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Lactancia Materna (solo en Lugares Públicos) | <input type="checkbox"/> Color (una diferencia del tono de la piel) | <input type="checkbox"/> Religión |
| <input type="checkbox"/> Estado Civil (solo para Crédito & Aseguranza) | <input type="checkbox"/> Origen Nacional | <input type="checkbox"/> Incapacidad/Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Sexo | <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA o Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Orientación Sexual/Identidad de Género | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Represalia |
| <input type="checkbox"/> Uso de un perro guía o un animal de servicio por una persona con discapacidad | <input type="checkbox"/> Estado Militar | |

Si usted marcó **Color**, **Religión** u **Origen nacional**, por favor especifique: _____

5). **¿Qué le pasó a usted para creer que ha sido(a) discriminado(a)?** Incluya la/las fecha(s) del daño sufrido, la/las acción(es) discriminatoria(s) y el/los nombre(s) y título(s) de la(s) persona(s) que usted cree lo(a) ha(n) discriminado(a). Por favor agregue páginas adicionales si es necesario, siguiendo el mismo formato. (Por ejemplo: 10/2/2012 – me pidieron salir del restaurante – John Doe, mesero)

a. Fecha: _____ Acción: _____

Nombre y Título de la/las Persona(s) Responsable(s):



COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON
CUESTIONARIO PRELIMINAR PARA DISCRIMINACION EN LUGARES Y ESPACIOS PUBLICOS, CREDITO Y ASEGURNAZA

6). **¿Por qué cree usted que estas acciones fueron discriminatorias?** (Por favor agregue páginas adicionales si es necesario.)

7). **¿Qué razón(es) le dieron a usted por los actos que usted considera discriminatorios?**

¿Quién le ofreció esa explicación? _____ Título de la(s) persona(s): _____

8). **Identifique personas que estaban en la misma situación o una situación similar a la de usted y como fueron tratadas** por ejemplo ¿quién más estaba cenando en el mismo restaurante o hacia compras en la misma tienda, etc. Proporcione la raza, sexo, origen nacional, religión, incapacidad/discapacidad etc. de esa(s) persona(s), si lo sabe. Por ejemplo, si su queja es discriminación por raza, proporcione la raza de cada persona; si su queja es sobre discriminación por sexo, proporcione el sexo de cada persona; y así sucesivamente.

a. ¿De las personas en la misma situación o una situación similar a la de usted, ¿quién fue tratado *mejor* que usted?

Nombre Completo: _____

La(s) clase(es) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____

Descripción del tratamiento: _____

Nombre Completo: _____

La(s) clase(es) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____

Descripción del tratamiento: _____

b. ¿De las personas en la misma situación o una situación similar a la de usted, ¿quien fue tratado *peor* que usted?

Nombre Completo: _____

La(s) clase(es) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____

Descripción del tratamiento: _____

Nombre Completo: _____

La(s) clase(es) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____

Descripción del tratamiento: _____

c. De las personas en la misma situación o una situación similar a la de usted, ¿quién fue tratado *igual* que usted?

Nombre Completo: _____

La(s) clase(es) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____

Descripción del tratamiento: _____

Nombre Completo: _____

La(s) clase(es) protegida(s) (ver la pregunta 4, página 2) _____



COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON

CUESTIONARIO PRELIMINAR PARA DISCRIMINACION EN LUGARES Y ESPACIOS PUBLICOS, CREDITO Y ASEGURNAZA

Descripción del tratamiento: _____

Responda a las preguntas 9-11 sólo si alega discriminación por incapacidad/discapacidad.
Si no, vaya directamente a la pregunta 12.

9). Por favor díganos si tiene una incapacidad/discapacidad.

Por favor, marque todas las que apliquen:

- Sí, tengo una incapacidad/discapacidad.
- No tengo una incapacidad/discapacidad ahora pero tuve una
- No tengo una incapacidad/discapacidad pero la organización me trata como si fuera incapacitado(a)/discapacitado(a)

10). ¿Cuál es la incapacidad/discapacidad que usted cree es la razón por la acción adversa tomada en contra de usted? Explique si esta incapacidad/discapacidad le previene o limita de hacer algo. (Ejemplos: levantar objetos, dormir, respirar, caminar, cuidarse a sí mismo, trabajar, etc.).

11). ¿Tiene un animal de servicio? Qué tipo de animal de servicio y que servicio realiza para usted?

Sí No

12). ¿Hay testigos a los supuestos incidentes discriminatorios? Si contestó que sí, por favor identifiquelos abajo y díganos que van a decir sobre el acto discriminatorio. (Por favor agregue páginas adicionales si es necesario para completar su respuesta)

a. Nombre Completo: _____ Relación: _____

Información de Contacto: Teléfono _____ Coreo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Información que podría ofrecer _____

b. Nombre Completo: _____ Relación: _____

Información de Contacto: Teléfono _____ Coreo electrónico: _____

Dirección: _____ Ciudad _____ Estado _____

Información que podría ofrecer _____

13). ¿Ha presentado una queja previamente sobre este asunto? Sí No

Proporcione el nombre de la agencia y la fecha cuando usted presentó la queja: _____

¿Obtuvo resultados? _____



COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON
CUESTIONARIO PRELIMINAR PARA DISCRIMINACION EN LUGARES Y ESPACIOS
PUBLICOS, CREDITO Y ASEGURNAZA

14). ¿Ha buscado la ayuda de otras organizaciones o personas con respeto a esta situación?

Sí No

(Por ejemplo, de un abogado, un representante legal, o de cualquier otra organización o persona)

Proporcione el nombre de la organización/persona con quién usted habló y la fecha del contacto: _____

¿Obtuvo resultados? _____



Aquí termina el Cuestionario Preliminar. Por favor revise todas las páginas para asegurarse de haber respondido a todas las 14 preguntas con la información correcta como lo ha intentado. "n/a" y "no lo sé" son respuestas aceptables si se aplican a su situación personal.

Si usted desea más información antes de decidir si quiere presentar una queja o está preocupado(a) de que el WSHRC notifique a la identidad acusada de discriminación sobre su queja, usted debe de marcar la casilla Número 1.

Para poner la queja en este momento, marque la casilla Número 2.

◆ Marque solamente una casilla! ◆

Casilla 1

<input type="checkbox"/>	Yo quiero hablar con un empleado del WSHRC antes de decidir si quiero presentar una queja de discriminación. Yo entiendo que al escoger esta casilla, yo no he presentado una queja de discriminación con el WSHRC. Yo también entiendo que puedo perder mis derechos si no presento una queja dentro de 6 meses del acto discriminatorio.
--------------------------	---

Casilla 2

<input type="checkbox"/>	Yo quiero presentar una queja de discriminación y autorizo a WSHRC a investigar la queja de discriminación descrita previamente en el cuestionario preliminar. Yo entiendo que la entidad a la cual yo acuso de discriminación será informada sobre mi queja, incluyendo mi nombre. Yo también entiendo que WSHRC solo puede aceptar quejas de discriminación basadas en raza, color, religión, sexo, origen nacional, incapacidad/discapacidad, orientación sexual/identidad de género, lactancia materna, estado militar, estado civil, VIH/SIDA o Hepatitis C y represalia por oposición a la discriminación. Yo entiendo que la Comisión de los Derechos Humanos del Estado de Washington no tiene jurisdicción sobre ciertos servicios o entidades, las practicas de la policía, las tribus de los Nativos Americanos o el gobierno federal. La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington no tiene jurisdicción sobre las quejas presentadas más de 6 meses desde que ocurrió el último acto discriminatorio y si la acción injusta ocurrió fuera del estado de Washington. Yo entiendo que si mi queja no cumple con los requisitos jurisdiccionales, no será aceptada para investigación y la Comisión De Derechos Humanos Del Estado de Washington no seguirá con la investigación.
--------------------------	--

Declaro, bajo pena de perjurio conforme las leyes del Estado de Washington, que he leído toda la información provista en este cuestionario y es verdadera y correcta.

Firma de la persona discriminada

Fecha de Hoy