



**COMISION DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON CUESTIONARIO PRELIMINAR POR DISCRIMINACION EN LUGARES Y ESPACIOS PUBLICOS, CREDITO, Y ASEGURANZA**

**Teléfono: (360) 753-6770 | FAX: (360) 586-2282  
Línea Telefónica Gratuita: 1-800-233-3247**

**PARA USO OFICIAL**

Solicitud:

Fecha:

Revisado:

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. Debe presentar un cargo de discriminación dentro de los 6 meses a partir de la fecha de la supuesta acta de discriminación.

**ESTE FORMULARIO NO SIGNIFICA QUE ES UNA DEMANDA FORMAL.  
ES EL PRIMER PASO PARA HACER LA DEMANDA.**

Si necesita una acomodación razonable para llenar este formulario, por favor póngase en contacto con nosotros al 1-800-233-3247 o por correo electrónico al [frontdesk@hum.wa.gov](mailto:frontdesk@hum.wa.gov).

**Regrese el Formulario a:  
Washington State Human Rights Commission  
711 S. Capitol Way, Suite 402 PO BOX 42490  
Olympia, WA 98504-2490**

**NO ACEPTAMOS CONSULTAS INCOMPLETAS**

**INFORMACION PERSONAL**

Nombre:  Apellido:

Numero de Casa:  Numero de Celular:

Correo Electrónico:  Sexo/genero:

Dirección:  Depto./Unidad #:

Ciudad:  Condado:  Estado:  Código Postal:

¿Cuál es la mejor manera de comunicarnos con usted?

¿Cuáles son los mejores días y horarios para contactarlos?

**CREO QUE FUI DISCRIMINADO POR LA SIGUIENTE ORGANIZACION  
(Seleccionar todos que se aplican):**

- Acreedor       Acomodación Pública       Asegurador

**¿QUIEN CREE QUE HA DISCRIMINADO EN CONTRA DE USTED?**

Nombre de la Organización:

Dirección física:  Suite:

Ciudad:  Condado:  Estado:  Código Postal:

Tipo de negocio:  Número de teléfono:

¿Cuál era su relación con el negocio? (cliente, paciente, estudiante, etc.)

**¿CUÁL ES LA RAZÓN O LA BASE DE SU RECLAMACIÓN DE DISCRIMINACIÓN?**

POR EJEMPLO: Si siente que recibió un trato injusto debido a su raza, debe marcar la casilla al lado de "raza". Si siente que recibió un trato injusto por varias razones, como su género, religión, y / u origen nacional, debe marcar todos los que correspondan. Si se quejó de discriminación, participó en la queja de otra persona o presentó un cargo de discriminación, y tomaron una acción negativa en contra de usted, debe marcar la casilla junto a "Represalias".

Raza -

Origen Nacional -

Color (de su piel) -

Religión / Credo -

Estatus de veterano (Acomodación Pública y Credito)

Discapacidad - Marque lo que corresponda

Tengo una discapacidad. - La discapacidad es:

Tuve una discapacidad en el pasado.

¿Esta discapacidad le impide o le limita a hacer algo? (es decir, caminar, respirar, etc.)

Uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con discapacidad.

Tengo un animal de servicio.

¿Qué tipo de animal de servicio y qué servicio brinda?

Ninguna de las anteriores. Describe la razón:

**¿QUE LE SUCEDIO QUE CREE QUE ERA DISCRIMINATORIO Y CUANDO SUCEDIO?**

Fecha:  Acción:

Nombre / Título de la (s) persona (s) responsable (s):

Fecha:  Acción:

Nombre/Título de la(s) persona(s) responsable(s):

**¿QUÉ MOTIVO (S) FUE DADO PARA ESTA ACCIÓN?**

Razón(es):

¿Quién le dijo esto?  Su puesto de trabajo (si lo conoce):

**¿HABIA OTRA PERSONA EN LA MISMA SITUACIÓN O SIMILAR TRATADO IGUAL, MEJOR O PEOR QUE USTED?**

*¿Quién fue tratado mejor que usted?*

Nombre:  Relacion:

Correo electrónico:  Número de teléfono:

¿Cómo fueron tratados mejor?

Fecha:

*¿Quién fue tratada peor que usted?*

Nombre:  Relacion:

Correo electrónico:  Número de teléfono:

¿Cómo fueron tratados peor?

Fecha:

*¿Quién fue tratada igual que usted?*

Nombre:  Relacion:

Correo electrónico:  Número de teléfono:

¿Cómo fueron tratados igual?

Fecha:

**¿HAY ALGUNOS TESTIGOS DE ALGUNA DE LAS ACCIONES TOMADAS EN CONTRA USTED?  
Proporcione su información de contacto y díganos lo que nos diran.**

**Primer Testigo**

Nombre:  Relacion:

Correo electrónico:  Número de teléfono:

¿Qué nos dirán?

**Segundo Testigo**

Nombre:  Relacion:

Correo electrónico:  Número de teléfono:

¿Qué nos dirán?

**¿YA HA PRESENTADO UN CARGO SOBRE ESTE ASUNTO CON LA  
COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL ESTADO DE WASHINGTON?**

Si  No Fecha de presentación:  Número de caso:

**¿YA HA PRESENTADO UNA QUEJA SOBRE ESTE ASUNTO CON OTRA AGENCIA?**

Si  No Nombre de agencia:

Fecha de presentación:  Número de caso:

**SI TIENE ALGUIEN QUE LO REPRESENTA EN ESTE ASUNTO,  
POR FAVOR PROPORCIONE SU INFORMACIÓN DE CONTACTO.**

Si  No ¿Cuál es su título? (es decir, abogado, etc.)

Nombre:  Fecha de contacto:

Dirección:  Suite:

Ciudad:  Estado:  Código Postal:

Correo electrónico:  Número de teléfono:

**¿A QUIÉN PODEMOS CONTACTAR SI NO PODEMOS LOCALIZARTE?**

Nombre:  Relacion:

Dirección de envío:  Depto./Unidad #:

Ciudad:  Condado:  Estado:  Código Postal:

Correo electrónico:  Número de teléfono:

## COMENTARIOS ADICIONALES

¿Hay algo más que deberíamos saber?

## TENGA EN CUENTA

Debe presentar un cargo de discriminación dentro de los 6 meses a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

**Este cuestionario de lugares y espacios publicos, credito, y aseguranza NO es un cargo de discriminación.**

Le recomendamos que guarde una copia de su cuestionario completo para sus registros.

## CAMBIO EN LA INFORMACION DE CONTACTO

Es su obligación cooperar con la investigación, incluyendo notificando a la Comisión de: cualquier cambio de dirección, número de teléfono o cualquier ausencia prolongada de su dirección actual o teléfono.

Si no notifica a la Comisión de cualquier cambio de dirección o ausencia prolongada, su queja puede ser cerrada administrativamente debido a que no fue posible comunicarnos con usted, o puede cerrarse en función de la evidencia disponible con el caso en ese momento.

## REVELACION PÚBLICA

Cualquier información y documentos que presente a la Comisión están sujetos a las leyes de registros públicos y estarán disponibles para cualquier persona que los solicite.

Esto incluye registros médicos y otros tipos de registros privados.

Por lo tanto, es más conveniente para usted de no enviar nada a menos que lo solicite su investigador/a.

**TENGA EN CUENTA: CUALQUIER DECISION HECHA POR LA COMISION NO ANULA SU DERECHO A PRESENTAR UNA ACCION CIVIL EN UN TRIBUNAL DE JURISDICCION COMPETENTE DE CONFORMIDAD CON RCW. 49.60.030.**