

Appt.: \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY**

Intake Officer: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ CT: \_\_\_\_\_ ID No.: \_\_\_\_\_  
Accepted or Aborted: \_\_\_\_\_ Aborted Date: \_\_\_\_\_ Reason: \_\_\_\_\_  
Supervisor's Signature: \_\_\_\_\_

**ALOJAMIENTOS PÚBLICOS - CUESTIONARIO PRELIMINAR**

**Por favor, responda a todas las preguntas completamente y adjunte páginas adicionales si es necesario para completar su respuesta. Si no sabe la respuesta a una pregunta, responda indicando "no conocido". Si una pregunta no es aplicable, escriba "N/A" (POR FAVOR, IMPRIMA)**

**Fecha(s) de Presunta Discriminación:** \_\_\_\_\_  
*(Nota: (Usted tiene 180 días para presentar una queja de Discriminación en Alojamiento Públicos ante esta agencia.)*

**¿Dónde ocurrió la supuesta discriminación?** \_\_\_\_\_ (Condado)

**¿Cómo se enteró de MCCR?** \_\_\_\_\_

**¿Ha presentado previamente esta queja ante la EEOC o cualquier otra agencia?:**  Si  No

**En caso afirmativo, fecha de presentación y dónde:** \_\_\_\_\_

**1. Información personal del reclamante (Persona que presenta la queja)**

Apellido: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_ IM: \_\_\_\_\_

Calle o dirección postal: \_\_\_\_\_ Apt o Unidad #: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Ciudad,  
Código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: Sexo:  Femenino  Masculino ¿Tiene una discapacidad?  Si  No

**Por favor, responda a cada una de las siguientes tres preguntas.**

i. ¿Eres hispano o latino?  Yes  No

ii. ¿Cuál es tu Raza? Por favor, elija todo lo que corresponda.  Indio Americano o Nativo de Alaska  Asiático  
 Blanco  Negro o Afroamericano  Hawaiano nativo u otro isleño del Pacífico

iii. ¿Cuál es su origen nacional (país de origen o ascendencia)? \_\_\_\_\_

**Por Favor proporcionar los nombres de otras personas agraviadas (personas que han sido o serán potencialmente perjudicadas por una práctica discriminatoria de alojamiento público):**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

**Por Favor Proporcione el nombre de la persona con la que podemos ponernos en contacto si no podemos comunicarnos con usted:**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: Hogar: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Otro: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

**2. Creo que fui discriminado por la(s) siguiente(s) organización(es): (Revisa las que aplican)**

- Restaurante     Hotel     Teatro     Servicio de autobús o transporte     Gasolinera
- Centro Recreativo o Acuático     Facilidad Gubernamental     Edificios de Oficinas o Establecimientos Comerciales     Gran Almacenes o Establecimiento Minorista     Museo, parques de diversiones u otra atracción pública     Acera, estacionamiento u otras áreas de superficie pública
- Otros (especifique) \_\_\_\_\_

**Información de contacto de la organización**

**Nombre de organización:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_)

**Nombre del Director o dueño :**

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_)

---

**Nombre de organización adicional:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Condado: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_)

**Nombre del Director o dueño :**

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: (\_\_\_\_)

---

**3. ¿Cuál es la razón (base) de su reclamo de discriminación en las instalaciones públicas?**

*POR EJEMPLO, si sientes que te trataron peor que a otra persona debido a la raza, debes marcar la casilla junto a Raza. Si siente que fue tratado peor por varias razones, como su sexo, religión y origen nacional, debe verificar todo lo que corresponda. Si se quejó de discriminación, participó en la queja de otra persona o presentó un cargo de discriminación, y se amenazó o tomó una acción negativa, debe marcar la casilla junto a Represalias..*

- Raza  Sexo  Discapacidad  Origen Nacional  Religión  Represalias  Orientación sexual  
 Estado Civil  Identidad de género  Color (típicamente una diferencia en el tono de la piel dentro de la misma raza)

**4. ¿Cuál es la violación (problema) involucrada en su reclamo de discriminación de alojamiento público?**

- Denegación de servicio (Denegación de alojamientos, ventajas, instalaciones y privilegios de un lugar de alojamiento público)  
 Denegación de adaptación razonable (denegación de acceso a entradas y salidas, baños o ventas y servicios al cliente)  
 Denegación de la activación de subtítulos (a petición, un lugar de alojamiento público no puede dejar de mantener activados los subtítulos en cualquier receptor de televisión con subtítulos que esté en uso durante el horario regular en cualquier área pública).

**5. ¿Qué te pasó que crees que fue discriminatorio? Incluye la(s) fecha(s) de daño, la(s) acción(es) y el(los) nombre(s) y título(s) de la(s) persona(s) que usted cree que lo discriminó.**

A. Fecha: \_\_\_\_\_ Acción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y título de la(s) persona(s) responsable(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

B. Fecha: \_\_\_\_\_ Acción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y título de la(s) persona(s) responsable(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. Fecha: \_\_\_\_\_ Acción: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Nombre y título de la(s) persona(s) responsable(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**6. ¿Por qué cree que estas acciones fueron discriminatorias? Por favor, adjunte páginas adicionales si es necesario.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**7. ¿Qué razón(es) se le dieron para los actos que considera discriminatorios? ¿Por quién? ¿Su título de trabajo?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

8. Describa quién estaba en la misma situación o similar que usted y cómo fueron tratados. Por ejemplo, ¿a quién más se le concedió o se le negó el acceso a un servicio desde un lugar de alojamiento público? Proporcione características de clase protegidas (por ejemplo, raza, sexo, edad, origen nacional, religión, discapacidad, orientación sexual) de estas personas, si se conocen, y si se relaciona con su reclamo de discriminación. Por ejemplo, si su queja alega discriminación racial, proporcione la raza de cada persona; si alega discriminación sexual, indique el sexo de cada persona; y así sucesivamente.

De las personas en la misma situación o similar que usted, ¿quién fue tratado mejor que usted?

<u>Nombre completo</u>	<u>Clase Protegida</u>	<u>Características</u>	<u>Descripción del tratamiento</u>
A.			

B.			
----	--	--	--

De las personas en la misma situación o similar que usted, ¿quién fue tratado peor que usted?

<u>Nombre completo</u>	<u>Clase Protegida</u>	<u>Características</u>	<u>Descripción del tratamiento</u>
A.			

B.			
----	--	--	--

De las personas en la misma situación o similar que usted, ¿quién fue tratado igual que usted?

<u>Nombre completo</u>	<u>Clase Protegida</u>	<u>Características</u>	<u>Descripción del tratamiento</u>
A.			

B.			
----	--	--	--

Responda las preguntas 9-12 solo si está reclamando discriminación basada en la discapacidad. De lo contrario, vaya a la pregunta 13.

9. Por favor, marque todos los que correspondan:

- Sí, tengo una discapacidad
- No tengo una discapacidad ahora, pero sí una
- No hay discapacidad, pero la organización me trata como si estuviera discapacitado

10. ¿Cuál es la discapacidad que usted cree que es la razón de la acción adversa tomada en su contra? ¿Esta discapacidad le impide o limita hacer algo? (por ejemplo, levantar, dormir, respirar, caminar, cuidarse, trabajar, etc.).

11. ¿Usa medicamentos, equipos médicos o cualquier otra cosa para disminuir o eliminar los síntomas de su discapacidad?

- Yes  No

En caso afirmativo, ¿qué medicamento, equipo médico u otra asistencia utiliza?

---

---

12. ¿Solicitó al lugar de alojamiento público alguna asistencia o adaptaciones debido a su discapacidad?  Yes  No

Si "Sí", ¿cuándo preguntaste? \_\_\_\_\_  
¿A quién le preguntaste? (Proporcione el nombre completo y el título del trabajo de la persona)

Describe la asistencia o las adaptaciones que solicitó: \_\_\_\_\_

¿Cómo respondieron a su solicitud? \_\_\_\_\_

13. ¿Hay testigos de los presuntos incidentes discriminatorios? En caso afirmativo, identifíquelos a continuación y díganos lo que dirán.

Nombre completo Dirección y número de teléfono ¿Qué crees que nos dirá esta persona?

A. \_\_\_\_\_

B. \_\_\_\_\_

14. ¿Ha buscado ayuda sobre esta situación de un abogado o de cualquier otra fuente?  Sí  No

Proporcione el nombre de la organización, el nombre de la persona con la que habló y la fecha de contacto. ¿Resultados, si los hay?

15. ¿Qué remedio estás buscando? \_\_\_\_\_

¿Cómo se te ocurrió este remedio? \_\_\_\_\_

**AFIRMO SOLEMNEMENTE BAJO PENA DE PERJURIO QUE EL CONTENIDO DE LA DECLARACIÓN ANTERIOR ES FIEL A MI LEAL SABER Y ENTENDER.**

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_