



.....
1. ' D W R V S H U V R Q D O H V:

1 R E H F R P S O H W R

' L U H F F L y Q

&L X G (V W D G R & y G L J R S R V W

7 H O p I R Q R &RU H R H O H F W U y Q L F R

) H F Q D F I W B R H H Q

2. ' D W R V C O H H J ~~SKIDUE~~ ~~WHRU~~ ~~Q D F W R~~ ~~P H~~ ~~W L~~ V G R U L H P O L Q D V

1 R P E U H

1 R P E U H F R D I x L t F D L D O V L G H F R O U D U H V S R Q G H

' L U H F F L y Q

&L X G D G (V W D G &R y G R L V J W D O

7 H O p I R Q R & R U U H R H O H F W U y Q L F R

3. / D 2 U G H Q D Q J D G H ' H U H F K R V + X P D Q

S U R W H J H F R Q W U D O D G L V F U L P L Q D F L

% R X O G H U 5 H Y L V H G & R G H 7

+ R X V L Q J (P S O R \ P H Q W D Q G 3 X E O L I

Esta queja se trata de:

- Empleo (*la queja debe presentarse dentro de los 180 días*)
- Vivienda (*la queja debe presentarse dentro de un año*)
- Acomodación pública (*la queja debe presentarse dentro de los 60 días*)

4. Fecha de la violación alegada: _____(día/mes/año)

5. La discriminación es ilegal cuando se ha hecho a causa de la raza, color, sexo u otra característica que es protegida por la ley. Estas características clasifican a las personas en "clases protegidas". Complete lo siguiente:

Creo que esta acción en mi contra fue debida a mi...(seleccione todos las respuestas que apliquen)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ascendencia | <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Origen nacional |
| <input type="checkbox"/> Características genéticas | <input type="checkbox"/> Estado Civil | <input type="checkbox"/> Paternidad (Vivienda) |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Estado de inmigración | <input type="checkbox"/> Raza |
| <input type="checkbox"/> Credo | <input type="checkbox"/> Fuente de ingreso | <input type="checkbox"/> Religión |
| <input type="checkbox"/> Custodia de un(a)niño(a) menor (Vivienda) | <input type="checkbox"/> Incapacidad física | <input type="checkbox"/> Sexo |
| <input type="checkbox"/> Edad | <input type="checkbox"/> Incapacidad mental | <input type="checkbox"/> Variación de género |
| | <input type="checkbox"/> Orientación sexual | |

6. Describa brevemente por qué siente que ha experimentado discriminación según el tipo y la(s) clase(s) protegida(s) citadas antes.

7. ¿Qué alivio busca?

8. ¿Ha presentado una queja sobre este asunto con el *Equal Employment Opportunity Commission* (EEOC), *Department of Housing and Urban Development* (HUD), *Colorado Civil Rights Division* (CCRD), u otra agencia? Sí No

Si contestó que sí, ¿cuándo hizo la queja? _____ (día/mes/año)
Si contestó que sí, ¿con cuál agencia(s) hizo la queja?

9. ¿Desea tratar de resolver el asunto por medio de una mediación? Sí No

Gracias por completar este formulario. Este documento no es oficial hasta que se haya reunido con un miembro del personal de la ciudad y su firma haya comprobada con una identificación con foto. Será contactado en breve para programar una cita.

.....
Esta declaración y mi conducta no son para acosar ni atrapar a la persona, empleador u organización nombrada como respondiente en esta queja. Yo afirmo que soy _____, que yo llené esta queja y que la queja es correcta basada en mis conocimientos y creencias.

Firma

Fecha

Firma de Testigo

Fecha