



**Relaciones Humanas- Vivienda Justa
Formulario de Queja**

Sección I:			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):	
Correo Electrónico:			
¿Tiene requisitos para acceder a formatos accesibles ?	Letra Grande		Cinta de Audio-Cassette
	Teléfono de Texto-TDD		Otro
Sección II:			
¿Está completando este Formulario de Queja para usted mismo(a) ?		Sí*	No
*Si respondió "Sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si respondió "No", por favor explique si usted necesita asistencia para completar este formulario.			
Por favor explique por qué ha presentado la queja en nombre de un tercero (otra persona):			
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando la queja en nombre de un tercero (otra persona)		Yes	No
Sección III:			
Creo que la discriminación que experimenté se basó en: (marque todo lo que corresponda):			
<input type="checkbox"/> Fuente de Ingresos <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Origen Nacional/Ascendencia <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Orientación Sexual <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Religión Credo <input type="checkbox"/> Estatus Familiar/Marital Identidad o Expresión de Género Ocupación			
Nombre, dirección y número de teléfono de la persona contra la que se presenta la queja; es decir, el/la propietario(a) contra el/la que está presentando la queja:			
Fecha de la supuesta discriminación (Mes, Día, Año): _____			
Sección IV:			
¿Ha presentado previamente una queja de vivienda justa contra esta persona/propietario(a)?		Sí	No
Sección V:			
¿Ha presentado la queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?			
No			
Sí. Por favor explique cuándo presentó la queja con anterioridad:			



Relaciones Humanas- Vivienda Justa
Formulario de Queja

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:
[] Agencia Federal:
[] Tribunal Federal:
[] Tribunal Estatal:
[] Agencia Estatal:
Agencia Local:
No
Proporcione más abajo antecedentes o cualquier otra información adicional. Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado(a). Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo(a) discriminaron (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de posibles testigos. Si llena este formulario a mano y necesita más espacio, no dude en utilizar el reverso de este formulario o una hoja de papel por separado.

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Su firma y la fecha son requeridas a continuación:

Firma

Fecha

Por favor entregue este formulario en persona o envíelo por correo a la siguiente dirección:

Anne Arundel County Human Relations Commission
C/O Human Relations Officer/Equal Employment Director
2660 Riva Road, 2nd Floor Suite 220
Annapolis, MD 21401

Número de Teléfono: (410) 222-1234