



**COMISION DE DERECHOS HUMANOS  
DEL ESTADO DE WASHINGTON  
CUESTIONARIO 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

La Comisión de Derechos Humanos del Estado de Washington (Comisión) es una agencia neutral. No actúa como representación para ninguna persona ni grupo durante la investigación, pero actúa como defensores para la ley con el interés de prevenir o eliminar discriminación.

Proporcione respuestas completas a todas las preguntas y escriba de manera legible.  
**NO ACEPTAMOS CUESTIONARIOS INCOMPLETAS**

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).

**Después de completar el cuestionario, devuélvalo inmediatamente:**  
**711 S. Capitol Way, Suite 402 / PO BOX 42490**  
**Olympia, WA 98504-2490**

**o por correo electrónico al**  
**[frontdesk@hum.wa.gov](mailto:frontdesk@hum.wa.gov)**

MARQUE AQUÍ SI YA HA PRESENTADO SU QUEJA CON OTRA AGENCIA

¿Si si, que es el nombre de la agencia?

La fecha en que usted presento su queja:

Número de caso:

¿Cuál es el estado del caso?

**INFORMACION PERSONAL**

**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.

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 / o 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:

**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:  Ste:

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?

## 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.

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.

Las denuncias que no cumplen con los requisitos jurisdiccionales, incluyendo las denuncias en las que las alegaciones, si son ciertas, no muestren ninguna base para la acción de la comisión después de la evaluación preliminar, no serán aceptadas para investigación.

**Yo quiero presentar una queja de discriminación y autorizo a la Comisión a investigar la queja de discriminación descrita previamente en el cuestionario preliminar.**

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.

ANTES de firmar de manera digital electronica, revise el formulario. No podrá hacer cambios al documento despues de submitir su firma electronica. Si tiene dificultades para crear o firmar digitalmente, puede usar su firma fisica.

Firma:

Fecha:

**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.**