

**COMISIÓN DE RELACIONES HUMANAS DE PENNSILVANIA  
CUESTIONARIO SOBRE DISCRIMINACIÓN EN LA VIVIENDA**

**1. SU INFORMACIÓN DE CONTACTO**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Apto

Ciudad

Estado

Código Postal

Nº de teléfono:(Casa) \_\_\_\_\_ (Celular) \_\_\_\_\_

(Trabajo) \_\_\_\_\_ ¿Podemos llamarle al trabajo?  Si  No

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y teléfono de alguien que **NO** resida con usted, pero sabrá como comunicarse con usted:

Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Calle

Apto

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

**2. ¿ CONTRA CUAL NEGOCIO\*, ORGANIZACIÓN O PERSONA DESEA USTED PRESENTAR SU QUEJA?**

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección en PA \_\_\_\_\_ PA

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Nº de teléfono \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Tipo de negocio \_\_\_\_\_

(\*Por ejemplo, agente inmobiliario, empresa administradora, propietario.)

Condado de Pensilvania donde usted fue perjudicado \_\_\_\_\_

**CANTIDAD DE UNIDADES PROPIAS O GESTIONADAS POR EL ANTES MENCIONADO (si aplicable)**

**menos de 4**

**4 a 15**

**15 a 20**

**20 o más**

**3. DESCRIBA COMO FUE PERJUDICADO, Y CUANDO, PARA QUE PODAMOS DETERMINAR SI LE  
PODEMOS SER DE AYUDA\* Marque todo lo que sea aplicable.**

**Indique la(s) fecha(s)** en que fue perjudicado, junto a la instancia o acto de discriminación:

- Negado el arrendamiento \_\_\_\_\_  Desalojo \_\_\_\_\_  Negada la venta \_\_\_\_\_
- Negado el financiamiento \_\_\_\_\_  Trato diferente/desigual \_\_\_\_\_
- Hostigamiento \_\_\_\_\_  
(Complete la pregunta N° 7 si fue hostigado)
- Negado acomodo razonable para una discapacidad \_\_\_\_\_
- Negada modificación razonable para una discapacidad \_\_\_\_\_

**OTRO**, por favor sea específico \_\_\_\_\_

**\*POR FAVOR ADJUNTE COPIA DE CUALQUIER DOCUMENTO, TAL COMO CONTRATO,  
ACUERDO DE ARRENDAMIENTO, SOLICITUD, CARTA, RECIBO, UN ANUNCIO DE PERIÓDICO,  
ETC. PARA APOYAR LO QUE USTED ESTÁ DICHIENDO.**

**4. ¿ SIENTE USTED QUE RECIBIÓ UN TRATO DIFERENTE (SE LE DISCRIMINÓ) MOTIVADO POR  
ALGUNA DE LAS CARACTERÍSTICAS INDICADAS ABAJO?**

La comisión solo puede investigar su querrela si usted cree que fue tratado de manera diferente y perjudicado debido a su raza, color, religión, ascendencia, sexo, país de origen, discapacidad, o el uso, manejo o entrenamiento de un animal de guía o apoyo para la ceguera, sordera o discapacidad física. Por ejemplo, si usted siente que fue tratado peor que otra persona debido a su raza, por favor indique raza como la razón. Si cree que le trataron diferente por causa de su raza y sexo, por favor marque tanto raza como sexo. **Solo marque esas razones que explican porque usted fue perjudicado.** Por favor, indique también su raza, color, religión, lugar de nacimiento o antepasados, etc. **si** fue objeto de discriminación basado en esos factores.

- Hombre  Mujer  Embarazada
- Edad (solo 40 años o mayor): Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_
- Raza \_\_\_\_\_  Color \_\_\_\_\_
- Religión \_\_\_\_\_  Ascendencia \_\_\_\_\_
- Lugar de origen (país en el que nació) \_\_\_\_\_
- Asociación con una persona de una raza diferente a la suya  
Su raza \_\_\_\_\_ raza de la otra persona \_\_\_\_\_

Situación familiar (tener un niño o niños de menos de 18 años, alojados por su padre o guardián; o en estado de embarazo)

Nombres y edades de los niños: \_\_\_\_\_

Uso de animal guía o de apoyo por discapacidad (favor completar N° 6)

Manejo o entrenamiento de un animal de apoyo para discapacidad (favor completar N° 6)

Otro (favor especificar) \_\_\_\_\_

Tengo una discapacidad (favor completar N° 6)

El gerente, etc. me trata como si estuviera discapacitado

Tuve una discapacidad en el pasado (favor completar N° 6)

Tengo una relación o asociación con alguien con una discapacidad (favor completar N° 6)

**REPRESALIA**

Si usted cree haber sido **perjudicado** por quejarse de lo que usted consideró ser discriminación ilegal, porque usted **presentó** una querrela por discriminación ilegal, o porque usted ayudó a otra persona en su querrela por discriminación, por favor complete la siguiente información:

Fecha en la que presentó la querrela ante la Comisión de Relaciones Humanas de PA \_\_\_\_\_

Si usted presentó la querrela ante otra agencia, indique el nombre de la agencia y fecha de presentación:

\_\_\_\_\_

Fecha en que usted se querelló sobre discriminación \_\_\_\_\_

Fecha en que ayudó a alguien en su queja sobre discriminación \_\_\_\_\_

**5. DIGA LAS RAZONES QUE LE DIO EL GERENTE DE LA PROPIEDAD, PROPIETARIO, ETC. POR LAS ACCIONES QUE LE PERJUDICARON.**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Quién le dijo el razonamiento para la acción? Incluya su cargo o título

\_\_\_\_\_

¿Cuándo le informaron sobre la acción tomada contra usted? \_\_\_\_\_

Fecha(s)

Si no le dieron una razón, por favor marque aquí.

Independientemente de cómo fue usted perjudicado, por favor identifique a una persona o personas que fueron tratadas mejor que usted. *Por ejemplo, como persona hispana averiguando sobre un apartamento, le dijeron que no estaba disponible, pero el apartamento fue arrendado el mismo día a una persona blanca, no hispana.*

Nombre de otra persona – Nombre y apellido (si no lo conoce)

---

¿En qué se diferencia esta persona de usted? Por ejemplo, ¿cuál es su raza, edad, religión, etc.?

---

Por favor explique **exactamente** la manera en que esta persona fue tratada de manera mejor o diferente a usted. Incluya fechas.

---

Si no puede identificar a alguien que haya sido tratado mejor o de manera diferente, usted necesita describir un incidente, declaración, etc. que pueda ser investigado, y que esté directamente relacionado con la manera en que usted recibió un trato diferente al de otra persona.

---

---

**6. SI USTED MARCÓ UNA DE LAS CUATRO CATEGORÍAS DE DISCAPACIDAD INDICADAS ARRIBA BAJO EL N° 4, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS (SI NO, SALTE AL N° 7).**

¿Cuál es su discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Durante cuánto tiempo ha tenido esta discapacidad y cuando comenzó? \_\_\_\_\_

¿Continúa teniendo esta discapacidad?  Si  No

De ser si, ¿por cuánto más tiempo anticipa tener la discapacidad? \_\_\_\_\_

¿En qué actividades de la vida usted **tiene gran dificultad para hacerlas**, debido a su discapacidad? (Marque todas las aplicables)

Ver  Oír  Doblarme  Caminar  Alzar  Inclinar

Dar la vuelta  Subir  Correr  Hablar  Estar de pie por largo tiempo

Estar sentado por largo tiempo  Cuidado personal  Pensar  Concentrarme

Relacionarme con otros

Otras actividades principales de la vida (**Sea específico**) \_\_\_\_\_

Si tuvo una discapacidad en el pasado, ¿Cuándo comenzó y en qué fecha terminó? \_\_\_\_\_

Si el dueño, gerente de la propiedad, etc. le trata como si usted estuviera discapacitado: Cual discapacidad piensan o creen ellos que tiene usted?

¿Quiénes son las personas que le están tratando como si usted fuera discapacitado (nombres y cargos)

¿Por qué cree usted que estas personas piensan o creen que usted tiene una discapacidad?

¿Cómo se enteró de su discapacidad el dueño, gerente, etc.?

¿En qué fecha se enteraron de su discapacidad? \_\_\_\_\_

¿Cuál gerente/funcionario/agente específico se enteró de su discapacidad?

Si usted está emparentado con alguien que tiene una discapacidad, ¿Cuál es su parentesco con esa persona?

¿Cuál es la discapacidad de esa persona? \_\_\_\_\_

¿Cómo y cuándo supo el dueño, gerente, etc. acerca de la discapacidad de esa persona?

¿Solicitó usted un acomodo, modificación o asistencia?  Si  No

EN CASO DE SI: (1) ¿A quién le hizo usted la solicitud? \_\_\_\_\_

(2) ¿En qué fecha fue hecha la solicitud? \_\_\_\_\_

(3) Por favor describa el acomodo o modificación que usted solicitó, y por qué.

¿El dueño, gerente, etc. le proporcionó el acomodo o modificación pedida?  Si  No

Si lo hizo, ¿en qué fecha? \_\_\_\_\_

¿Le proporcionaron en cambio otro acomodo o asistencia?  Si  No

Si lo hizo, por favor explique. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿El dueño, gerente, etc. rechazó su solicitud de acomodo o modificación?  Si  No

Si lo hizo, ¿Quién rechazó su solicitud? \_\_\_\_\_

¿En qué fecha fue negada la solicitud? \_\_\_\_\_

¿Qué razón le dieron a usted para la negativa) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**7. SI USTED MARCÓ QUE FUE HOSTIGADO BAJO EL N° 3, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE LA MANERA MÁS COMPLETA POSIBLE.**

Nombre la persona o personas que le hostigaron: \_\_\_\_\_

Su cargo o relación con el dueño, gerente, etc. \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue hostigado? Fecha de comienzo \_\_\_\_\_ Fecha final \_\_\_\_\_

¿El hostigamiento continúa aun?  Si  No

¿Con que frecuencia sucedió el hostigamiento? Lo mejor que pueda, por favor indique **día, mes y año** de cada incidente y con que frecuencia ocurrieron los actos de hostigamiento.

Solo una vez \_\_\_\_\_  Una vez al día \_\_\_\_\_

Varias veces al día \_\_\_\_\_

Múltiples veces/semana \_\_\_\_\_

Múltiples veces/mes \_\_\_\_\_

Por favor de dos o tres ejemplos del hostigamiento que recibió.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Pensó usted que alguno de esos actos de hostigamiento fue especialmente grave y/u ofensivo?

Si  No Si fue así, por favor explique porqué. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tuvo el hostigamiento un efecto negativo o dañino sobre usted o su salud? Si fue así, por favor explique:

\_\_\_\_\_

¿Se quejó usted con alguien sobre el hostigamiento?  Si  No

¿Ante quién se quejó? \_\_\_\_\_  
Nombre Cargo o relación con el dueño, etc.

¿En qué fecha se quejó? \_\_\_\_\_

¿El hostigamiento finalizó después de usted quejarse?  Si  No

Si finalizó, ¿en qué fecha paró? \_\_\_\_\_

Después de que usted se quejó, ¿ocurrió alguna otra acción contra usted? (Por ejemplo, desalojo, servicio negado, etc.)  Si  No

¿Cuáles fueron las acciones? \_\_\_\_\_

¿En qué fechas ocurrieron? \_\_\_\_\_

¿Quién tomó la acción contra usted? \_\_\_\_\_

¿Sabía esta persona que usted se había quejado sobre el hostigamiento?  Si  No

**8. ¿HA ESTADO USTED INVOLUCRADO EN ALGUNA ACCIÓN JUDICIAL RELACIONADA CON ESTE ASUNTO? (ACCIÓN JUDICIAL INICIADA POR USTED O CUALQUIER OTRO). DE SER ASÍ, POR FAVOR INDIQUE ANTE QUE TRIBUNAL Y EN QUE FECHA, SEGÚN MEJOR RECUERDE:**

Si  No \_\_\_\_\_  
Tribunal Ciudad Condado Estado Fecha

