

**COMISIÓN DE RELACIONES HUMANAS DE PENNSILVANIA
CUESTIONARIO SOBRE DISCRIMINACIÓN EN LOS ACOMODOS PÚBLICOS**

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 viva con usted, pero sabrá la manera de comunicarse con usted:

Nombre _____ Teléfono _____

Dirección _____

Calle

Apto

Ciudad

Estado

Código Postal

Correo electrónico: _____

2. ¿ CONTRA CUAL NEGOCIO* U ORGANIZACIÓN DESEA USTED PRESENTAR SU QUERRELLA?

Nombre _____

Dirección en PA _____ PA _____

Calle

Ciudad

Estado

Código Postal

Nº de teléfono _____ Correo electrónico _____

Tipo de negocio _____

(*Por ejemplo, restaurante, teatro, servicio de encomiendas, agencia gubernamental local o estatal, etc.)

Condado de Pensilvania donde usted fue perjudicado _____

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:

- Negada la admisión _____ Negada la re-admisión _____
- Desalojo (obligado a irse) _____ Acusado de hurto _____
- Precio diferente por bienes o servicios _____
- Servicio diferente _____ Negado el servicio _____
- Privilegios revocados _____ Vigilancia (seguido o mirado) _____
- Discriminación racial _____
- Términos/condiciones de contrato diferentes _____
- Términos/condiciones de venta diferentes _____
- Términos/condiciones de mercancía diferentes _____
- Hostigamiento (Complete N° 9 si fue hostigado) _____
- Negado el acceso relacionado con una discapacidad _____
- Negado acomodo razonable para una discapacidad _____
- Negado intérprete (Lenguaje signado u otro idioma) _____
- Aviso o anuncio discriminatorio exhibido o publicado _____

OTRO, por favor especifique _____

***POR FAVOR ADJUNTE COPIA DE CUALQUIER DOCUMENTO, TAL COMO UN ANUNCIO DE PUBLICIDAD, CARTA, RECIBO, CONTRATO, ETC. PARA APOYAR LO QUE USTED ESTÁ DICIENDO.**

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 queja 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
- 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 _____
- 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 querellarse 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 quejó sobre discriminación y persona con la que se querelló (nombre y cargo):

Fecha en que se querelló sobre discriminación y persona con la que se querelló (nombre y cargo):

Fecha en que ayudó a alguien en su querrela sobre discriminación _____

5. DIGA LOS MOTIVOS QUE LE DIO EL GERENTE, PROPIETARIO DEL NEGOCIO, 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, a usted le cobraron un precio, por artículos en una tienda por departamentos, diferente al cobrado a otros clientes, y usted tenía puestas prendas religiosas que identifican su religión como diferente a la de ellos.*

Nombre de otra(s) persona(s) – Nombre y apellido (si no lo conoce, diga quienes eran – otro cliente, comensal, etc.)

¿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 recibió un trato mejor o diferente al que usted recibió. 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 un propietario, gerente o empleado, etc. de un negocio le trata como si usted estuviera discapacitado: Cual discapacidad piensan o creen ellos que tiene usted?

Nombres y cargos de las personas que le están tratando como si usted fuera discapacitado:

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

¿Cómo se enteró de su discapacidad el dueño, empleado, etc. del negocio?

¿En qué fecha se enteraron de su discapacidad? _____

¿Cuál persona, específicamente, se enteró de su discapacidad? (incluya su cargo o título)

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 propietario, gerente, etc. del negocio, acerca de la discapacidad de esa persona?

¿Solicitó usted un acomodo 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 asistencia que usted solicitó, y el motivo.

¿El propietario, gerente, etc. del negocio le dio el acomodo o asistencia pedida? Si No

Si lo hizo, ¿en qué fecha? _____

Si no, ¿le proporcionó en cambio otro acomodo o asistencia? Si No

Si lo hizo, por favor explique. _____

¿El propietario, gerente, etc. del negocio rechazó su solicitud de acomodo o asistencia?

Si No

Si lo hizo, ¿Quién rechazó su solicitud? _____

¿En qué fecha fue negada la solicitud? _____

¿Qué razón le dieron a usted para la denegación? _____

7. SI A USTED SE LE NEGÓ EL ACCESO A UN LUGAR PÚBLICO DEBIDO A UNA DISCAPACIDAD, POR FAVOR DESCRIBA EL SITIO O SERVICIO INACCESIBLE, ADEMÁS DE COMPLETAR LA PREGUNTA Nº 6.

¿Qué servicio, instalación o área no era accesible, y de qué manera? (Sea lo más específico que pueda, por ejemplo: la entrada no era accesible debido a escalones; puerta/pasillos demasiado estrechos para la silla de ruedas, el centro médico rehusó proveer un intérprete de lenguaje signado, estacionamiento no accesible, etc.).

8. SI A USTED SE LE NEGÓ EL ACCESO A UN LUGAR PÚBLICO POR UN MOTIVO DIFERENTE A DISCAPACIDAD, POR FAVOR DESCRIBA EL SITIO O SERVICIO INACCESIBLE, Y EN QUE FORMA NO ERA ACCESIBLE.

¿Qué servicio, instalación o programa no era accesible, y de qué manera era inaccesible? (Sea lo más específico que pueda, por ejemplo: el propietario exigió que hiciera mi pedido en inglés, habiendo un empleado disponible que habla español).

9. SI USTED MARCÓ QUE FUE HOSTIGADO BAJO EL Nº 3, RESPONDA A LAS SIGUIENTES PREGUNTAS DE LA MANERA MÁS COMPLETA POSIBLE.

Nombre la persona o personas que le hostigaron: _____

Su cargo o título (gerente, propietario, empleado, otro cliente, 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 qué frecuencia ocurrieron los actos de hostigamiento.

Solo una vez _____ Una vez al día _____

Varias veces al día _____

Múltiples veces a la semana _____

Múltiples veces al 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 título

¿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? _____

Nombre

Cargo o título

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

10. SI USTED HA PRESENTADO ESTA QUERRELLA ANTE OTRA AGENCIA LOCAL, ESTATAL O FEDERAL, POR FAVOR CONTESTE LO SIGUIENTE:

Nombre de la agencia donde hizo la denuncia: _____

Fecha de denuncia

Número de denuncia o querrella

11. ¿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

12. SI UN ABOGADO LE VA A REPRESENTAR EN ESTE ASUNTO, POR FAVOR HAGA QUE SU ABOGADO NOS ENVÍE UNA CARTA QUE LO CONFIRME. (USTED NO NECESITA UN ABOGADO PARA PRESENTAR UNA QUERRELLA.).

USTED DEBE FIRMAR Y COLOCAR LA FECHA EN ESTE FORMULARIO ANTES DE DEVOLVERLO

Yo certifico que las declaraciones contenidas en este cuestionario son cierta y correctas según mi mejor conocimiento, información y convicción. Entiendo que, de haber aquí declaraciones falsas, estas quedan sujetas a las penalidades de la Sección 4904, 18 PA.C.S., relativa a dar falso testimonio a las autoridades.

Firma _____

Fecha _____

SI USTED TIENE OTRA INFORMACIÓN QUE CREE NECESITAMOS SABER PARA AYUDARNOS A ENTENDER SU QUERRELLA, POR FAVOR PROPORCIÓNELA ABAJO. SIÉNTASE LIBRE DE ADJUNTAR PÁGINAS ADICIONALES PARA DESCRIBIR LO SUCEDIDO EN TANTO DETALLE COMO LE SEA POSIBLE.
