

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

1. SU INFORMACIÓN DE CONTACTO (Estudiante y padre o guardián*)

Nombre y fecha de nacimiento del estudiante _____
Fecha de Nacimiento

Dirección _____
Calle Apto

Ciudad Estado Código Postal

Nº de teléfono:(Casa) _____ (Celular) _____

(Trabajo) _____ ¿Podemos llamarle al trabajo? Si No

Correo electrónico: _____

Nombre del padre o guardián _____
(Si denunciando a nombre de un estudiante menor)

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 ESCUELA O INSTITUTO DESEA USTED PRESENTAR SU QUERRELLA?
(Pre-escolar, k-12, universidad, escuela vocacional o técnica, etc.)**

Nombre de escuela/instituto _____

Dirección en PA _____ PA
Calle Ciudad Estado Código Postal

Nº de teléfono _____ Correo electrónico _____

Tipo de escuela (pre-escolar, K-12, universidad, escuela vocacional o técnica, etc.)

Nombre y título del oficial superior de la escuela (director, superintendente, presidente, 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 _____

Expulsión _____ Suspensión _____

Privilegios negados _____ Otro castigo _____

Colocación inadecuada (en educación especial o talentosos) _____

Notas inapropiadas _____ Otro trato diferente _____

Hostigamiento (Acoso) _____
(Favor completar Nº 9 si usted fue hostigado)

Denegado el acceso relacionado con una discapacidad _____

Denegado acomodo razonable para una discapacidad _____

Denegado acomodo razonable para religión _____

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 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
- 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 maestro 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 querrellarse 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 a un maestro, administrador u otro funcionario de la escuela y nombre y cargo de esa persona:

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 LAS RAZONES QUE EL MAESTRO, ADMINISTRADOR, ETC. LE DIO PARA TOMAR LAS ACCIONES QUE LE PERJUDICARON.

¿Quién le dijo acerca del razonamiento para la acción? Incluya su cargo

¿Cuándo le informaron sobre la acción tomada contra usted? _____
Fecha(s)

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

Independientemente de cómo le perjudicaron, por favor identifique a una persona o personas tratadas mejor que usted. *Por ejemplo, usted fue suspendido por la misma infracción cometida por estudiantes de raza o sexo diferente y ellos recibieron un castigo menos fuerte.*

Nombre de otra(s) persona(s) – Nombre y apellido

¿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 mejor o diferente trato 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° 8).

¿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 Inclíname

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 maestro, empleado de la escuela, etc. le trata como si usted estuviera discapacitado:
¿Cuál discapacidad piensan o creen ellos que tiene usted?

¿Cuáles personas 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 el maestro, empleado de la escuela, etc. de su discapacidad?

¿En qué fecha se enteraron de su discapacidad? _____

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

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

¿Cuál es la discapacidad de esa persona? _____

¿Cómo y cuándo supo el personal de la escuela 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.

¿Le dio la escuela el acomodo o asistencia solicitada? Si No

Si lo hizo, ¿en qué fecha? _____

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

Si lo hizo, por favor explique. _____

¿Rechazó la escuela su solicitud de acomodo o asistencia? Si No

Si lo hizo, ¿quién rechazó su solicitud? _____

¿En qué fecha fue denegada la solicitud? _____

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

7. SI A USTED SE LE NEGÓ EL ACCESO 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 escaleras; puerta/pasillos demasiado estrecho para la silla de ruedas, dispositivo de asistencia, formato alternativo para discapacidad visual o intérprete de lenguaje de señas, estacionamiento no accesible, etc.).

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

¿Qué servicio, instalación o programa no era accesible, y cómo? (Sea lo más específico que pueda, por ejemplo: participación en un programa X fue negada debido al sexo).

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

Nombre la persona o personas que le hostigaron: _____

Su cargo o título (maestro, empleado de la escuela, compañero, 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/semana _____

Múltiples veces/mes _____

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

¿Pensó usted que alguno de esos actos de hostigamiento era 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, notas más bajas, aumento en disciplina, 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 A USTED SE LE NEGÓ UN ACOMODO POR RELIGIÓN, POR FAVOR DESCRIBA EL ACOMODO SOLICITADO, LA FECHA EN QUE FUE NEGADO, Y EL MOTIVO DADO PARA LA NEGATIVA.

11. SI USTED HA PRESENTADO ESTA QUERELLA 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 querella

12. ¿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 ESPECIFIQUE ANTE QUE TRIBUNAL Y EN QUE FECHA, SEGÚN MEJOR LO RECUERDA:

Si No

_____ Tribunal

_____ Ciudad

_____ Condado

_____ Estado

_____ Fecha

13. 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 QUERELLA.).

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 DEBAMOS SABER PARA AYUDARNOS A ENTENDER SU QUERELLA, POR FAVOR PROPORCIÓNELA A CONTINUACIÓN. SIÉNTASE LIBRE DE ADJUNTAR PÁGINAS ADICIONALES PARA DESCRIBIR LO QUE LE SUCEDIÓ
