



CHARGE FRAMER: _____
 NOT DOCKETABLE _____
 DATE: _____

FORMULARIO DE RECEPCIÓN POR DISCRIMINACIÓN EN LA VIVIENDA

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre:	Inicial 2º nombre:	Apellido:	Fecha:
Dirección postal:		Ciudad:	Estado: C. Postal:
Teléfono casa:	Celular:	Teléfono trabajo	Dirección email:

Anote a todos los miembros de su hogar:

1.	Nombre:	Menor de edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	4.	Nombre:	Menor de edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
2.	Nombre:	Menor de edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	5.	Nombre:	Menor de edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
3.	Nombre:	Menor de edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	6.	Nombre:	Menor de edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

MENCIONE UN PARIENTE AMIGO O VECINO DE LA LOCALIDAD QUE PUDIESE LOCALIZARLE:

Nombre:	Apellido:	Relación:	# Teléfono:
Domicilio:	Ciudad:	Estado:	C.Postal:

CREO QUE SE ME HA DISCRIMINADO EN RELACIÓN A LA VIVIENDA DEBIDO A:

<input type="checkbox"/> Color (Especifique: _____)	Si marcó Niños , favor de contestar lo siguiente: Soy: <input type="checkbox"/> padre/madre <input type="checkbox"/> tutor legal, tengo el permiso por escrito del (de la) padre/ madre o tutor legal, <input type="checkbox"/> estoy en trámites para conseguir la custodia legal
<input type="checkbox"/> Niños (favor de contestar el cuadro de la derecha)	
<input type="checkbox"/> Discapacidad Mental (Especifique discapacidad: _____)	
<input type="checkbox"/> Nacionalidad de origen/Ascendencia (Especifique: _____)	
<input type="checkbox"/> Discapacidad física (Especifique discapacidad: _____)	
<input type="checkbox"/> Raza (Especifique: _____)	
<input type="checkbox"/> Ser beneficiario de asistencia pública (indique tipo: _____)	
<input type="checkbox"/> Religión (Especifique: _____)	<input type="checkbox"/> Represalias
	<input type="checkbox"/> Género (esto incluye acoso sexual)
	<input type="checkbox"/> Orientación sexual (incluye Identidad de Género) (Especifique: _____)

EL INMUEBLE ESTÁ UBICADO EN:

Domicilio:	Estado:	C.Postal:
Ciudad:		
Nombre del conjunto de apartamentos:		
Tipo de vivienda del caso: <input type="checkbox"/> Apartamento (en ese caso, No. de unidades por edificio _____)	Precio de la renta \$	
<input type="checkbox"/> Vivienda fam.individual <input type="checkbox"/> Parque de casas móviles <input type="checkbox"/> Ocupada Dueño		
No. de recámaras:	# de habitaciones que no son recámaras:	Depósito de seguridad \$ Incluye servicios <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

¿Cómo se enteró que la Comisión de Derechos Humanos de Maine tramita las denuncias de discriminación en vivienda?

LA(S) PERSONA(S)/EMPRESA(S) QUE DISCRIMINA/DICRIMINAN ES/SON:

1	Nombre:	Teléfono casa:
	Dirección postal:	Teléfono trabajo:
	Ciudad: Estado: C. Postal:	Condado:
	<input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Otro: _____	
2	Nombre:	Teléfono casa:
	Dirección postal:	Teléfono trabajo:
	Ciudad: Estado: C. Postal:	Condado:
	<input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Otro: _____	
3	Nombre:	Teléfono casa:
	Dirección postal:	Teléfono trabajo:
	Ciudad: Estado: C. Postal:	Condado:
	<input type="checkbox"/> Dueño <input type="checkbox"/> Gerente <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Agente <input type="checkbox"/> Otro: _____	

Fecha de inicio discriminación	Última fecha de discriminación	¿Continúa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--------------------------------	--------------------------------	--

Tipo de discriminación relacionada:

Aviso p/desocupar Desalojo Negativa p/rentar Acoso Expresiones publicitarias discriminatorias

Adaptaciones/ Modificaciones razonables Términos y condiciones discriminatorias en: Solicitud / Ocupación

¿Usted desea obtener o conservar la vivienda? Sí No

¿Tiene el dinero para la renta y depósito de seguridad? Sí No

Sus ingresos mensuales: \$ _____

Firma de la parte denunciante:	Fecha:
--------------------------------	--------

Para ayudarnos a entender los detalles de su situación, proporcione por favor, las razones por las que usted cree que se le ha discriminado al reverso de este formulario. **Use papel adicional en caso necesario.**

Instrucciones para el formulario de recepción

Rellene el formulario de la manera más completa posible. Sea específico(a) con todos los nombres y fechas.

Favor de devolver este formulario a: **Maine Human Rights Commission**
51 State House Station
Augusta ME 04333

NOTA: Rellenar este [cuestionario de recepción](#) no necesariamente significa que se haya presentado una Denuncia de Discriminación.

Después de recibir la información que usted nos proporciona, el Funcionario de Recepción elaborará una Denuncia de Discriminación y se la enviará a usted para su revisión y firma notariada o bien, si la información no es suficiente para redactar la denuncia, le llamará a usted para tratar más a fondo acerca de sus declaraciones.

UNA DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN PERFECCIONADA SE PRESENTA A LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE MAINE, CUANDO ÉSTA RECIBE UN FORMULARIO DE DENUNCIA, FIRMADO Y NOTARIADO. LAS DENUNCIAS DEBEN SER RECIBIDAS POR LA COMISIÓN, EN UN PLAZO DE TRESCIENTOS (300) DÍAS A PARTIR DEL PRESUNTO ACTO DE DISCRIMINACIÓN.

¡NO TODA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL! Según la Ley de Derechos Humanos de Maine es ilegal discriminar en las siguientes áreas y por las siguientes razones:

BASE DE COMPETENCIA	VIVIENDA	EMPLEO	ACCESO A VIVIENDA PÚBLICA	OTORGAMIENTO DE CRÉDITO	EDUCACIÓN
Edad	N/A	X	N/A	X	N/A
Ascendencia	X	X	X	X	N/A
Niños (solo p/alojamiento)	N/A	N/A	X	N/A	N/A
Color	X	X	X	X	N/A
Estructura familiar	X	N/A	N/A	N/A	N/A
Información genética	N/A	X	N/A	N/A	N/A
Estado civil	N/A	N/A	N/A	X	N/A
Discapacidad mental	X	X	X	N/A	X
Nacionalidad de origen	X	X	X	X	X
Discapacidad física	X	X	X	N/A	X
Raza	X	X	X	X	X
Beneficios de asistencia	X	N/A	N/A	N/A	N/A
Religión	X	X	X	X	N/A
Género	X	X	X	X	X
Orientación sexual	X	X	X	X	X
Represalias al denunciante	N/A	X	N/A	N/A	N/A
Represalias en sueldo del trab.	N/A	X	N/A	N/A	N/A

Represalias: La Ley de Derechos Humanos de Maine prohíbe las represalias contra cualquier persona que se ha opuesto a cualquier práctica que fuese una infracción a la Ley, o porque la persona haya presentado una denuncia, testificado o ayudado de alguna manera en una investigación, procedimiento o audiencia bajo tal Ley.

Para más información acerca de la Ley de Derechos Humanos de Maine, por favor visítenos en la web en www.maine.gov/mhrc



Comisión de Derechos Humanos de Maine

51 State House Station - Augusta, ME 04333

Telefono (207) 624-6290 ■ Fax (207) 624-8729 ■ TTY: Maine Relay 711

www.maine.gov/mhrc

CUESTIONARIO DE DISCRIMINACIÓN POR DISCAPACIDAD

A: ¿Usted o la persona a la que usted ayuda o con la que está asociada tiene:		
1.	Una limitante física o mental que le restringe substancialmente en una o más actividades cotidianas, como ver, oír, hablar, dialogar, cuidar de sí misma o trabajar?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2.	Un expediente o historial de padecer limitantes físicas o mentales que le restringe en una o más actividades cotidianas importantes?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3.	¿Se nota que la persona tiene tal limitante, aunque no afecte en sus actividades cotidianas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
B: Conocimiento del proveedor acerca de la discapacidad		
1.	¿Cree usted que el proveedor de la vivienda u otra persona, u organización que usted cree que le discrimina, está consciente de que tiene una discapacidad, o piensa que usted tiene una discapacidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
C: Trato desigual/Discriminación por impacto desigual		
1.	¿Usted cree usted que el proveedor de la vivienda le ha tratado de diferente forma que a las personas que no tienen discapacidades?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	¿Cómo?	
2.	¿Cree usted que el proveedor de vivienda le ha tratado igual que los demás, pero que aún así, este tratamiento tiene un impacto negativo hacia usted como persona con discapacidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	¿Cómo?	
D: Adaptaciones/Modificaciones razonables		
1.	¿Le solicitó a su casero que cambiase las políticas o prácticas?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2.	¿Le solicitó a su casero permiso para modificar la vivienda?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3.	¿Qué cambios/adaptaciones/modificaciones solicitó usted?	
4.	¿Tales cambios/adaptaciones/modificaciones le beneficiarían en su vivienda?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
5.	¿Lo solicitó por escrito o verbalmente?	<input type="checkbox"/> Por Escrito <input type="checkbox"/> Verbalmente
6.	Si usted no hubiese hecho la solicitud, ¿cree que el casero estaba al tanto de la necesidad de la adaptación/modificación?	
7.	¿El casero le negó, retrasó o ignoró el casero, su solicitud de adaptación/modificación?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	¿Qué hizo o dijo el casero en respuesta a su solicitud?	
8.	Si el casero no realizó o se negó a hacer la adaptación/modificación solicitada, ¿qué razón le dio?	

Instrucciones para el formulario de recepción

Llene el formulario de la manera más completa posible. Use el área de comentarios para explicar lo que le pasó. Sea específico(a) con todos los nombres y fechas.

NOTA: Llenar este [formulario de recepción](#) no necesariamente significa que haya sido presentada una Denuncia de Discriminación. Después de recibir la información que usted nos proporciona, el Funcionario de Recepción, elaborará una Denuncia de Discriminación y se la enviará a usted para su revisión y firma notariada *o bien*, si la información no es suficiente para redactar la denuncia, le llamará para hablar más a fondo acerca de sus declaraciones.

UNA DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN PERFECCIONADA SE PRESENTA A LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE MAINE, CUANDO ÉSTA RECIBE UN FORMULARIO DE DENUNCIA, FIRMADO Y NOTARIADO. LAS DENUNCIAS DEBEN SER RECIBIDAS POR LA COMISIÓN EN UN PLAZO DE TRESCIENTOS (300) DÍAS A PARTIR DEL PRESUNTO ACTO DE DISCRIMINACIÓN.

¡NO TODA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL! Según la Ley de Derechos Humanos de Maine es ilegal discriminar en las siguientes áreas por las siguientes razones:

BASE DE COMPETENCIA	VIVIENDA	EMPLEO	ACCESO A VIVIENDA PÚBLICA	OTORGAMIENTO DE CRÉDITO	EDUCACIÓN
Edad	N/A	X	N/A	X	N/A
Ascendencia	X	X	X	X	N/A
Niños (solo p/alojamiento)	N/A	N/A	X	N/A	N/A
Color	X	X	X	X	N/A
Estructura familiar	X	N/A	N/A	N/A	N/A
Información genética	N/A	X	N/A	N/A	N/A
Estado civil	N/A	N/A	N/A	X	N/A
Discapacidad mental	X	X	X	N/A	X
Nacionalidad de origen	X	X	X	X	X
Discapacidad física	X	X	X	N/A	X
Raza	X	X	X	X	X
Beneficios de asistencia pública	X	N/A	N/A	N/A	N/A
Religión	X	X	X	X	N/A
Género	X	X	X	X	X
Orientación sexual	X	X	X	X	X
Represalias al denunciante	N/A	X	N/A	N/A	N/A
Represalias en sueldo del trab.	N/A	X	N/A	N/A	N/A

Represalias: La Ley de Derechos Humanos de Maine prohíbe las represalias contra cualquier persona que se haya opuesto a cualquier práctica que fuese una infracción a la Ley, o porque la persona haya presentado una queja, testificado o ayudado de alguna manera en una investigación, procedimiento o audiencia bajo tal Ley.

* Nota: El acoso sexual es una forma de discriminación de género.

**Nota: Beneficiario(a) de la Asistencia Pública significa la condición de recibir asistencia pública federal, estatal o local