STATE OF CALIFORNIA
STATE AND CONSUMER SERVICES AGENCY
DEPARTMENT OF FAIR EMPLOYMENT AND HOUSING

FOR OFFICIAL USE ONLY

Interview Date:	Processing Time: :HR :MIN
Approval:	Action Taken:
Interviewer:	Computer Entry:

CUESTIONARIO PRE-QUEJA - LA LEY DEL CODIGO DE UNRUH

La información pedida en este formulario nos servirá para ayudarle. No hay garantía de que esta informacion sea base para registrar una queja formal. Por favor marque o conteste solamente aquellas preguntas que sean aplicables.

USE LETRA DE MOLDE FECHA

NOMBRE *(Primer Nombre)* *(Inicial)* *(Apellido)*		SEXO ? FEMENINO ? MASCULINO	EDAD
DIRECCION *(Número y Calle)* *(No. de Apto.)* *(Ciudad)* *(Condado)* *(Zona Postal)*			
NUMBEROS DE TELEFONOS Y CODIGOS CASA ( )	(Ext.)	PREFIERE VD. QUE LE LLAMEN FOR TELEFONO AL: ? CASA? ? TRABAJO?	
TRABAJO ( )		HORA PREFERIDA	DIAS PREFERDIOS
NOMBRE DE LA PERSONA A QUIEN LLAMAR SI VD. SO SE ENCUENTRA ( )		EL NO. DE TELEFONO Y CODIGO DEL AREA	

1. DESEO REGISTRAR UNA QUEJA CONTRA LOS SIGUIENTES ESTABLECIMIENTOS DE NEGOCIOS (por ejemplo, hotél, restaurante, bar, teatro, tienda, lugar de diversión, sistema de tránsito, establecimiento médico, negocio personal, etc.)

NOMBRE	TITULO	NUMERO DE TELEFONO ( )
DIRECCION *(Número y Calle)* *(Ciudad)* *(Condado)* *(Zona Postal)*		
DIRECCION DONDE OCURRIO EL INCIDENTE, SI ES DIFERENTE *(Número y Calle)* *(Ciudad)* *(Condado)* *(Zona Postal)*		
FECHA EN QUE SE LE NEGO EL SERVICIO		

2. CREO QUE FUI DISCRIMINADO A CAUSA DE MI:

? RÁZA ? COLOR ? EDAD/NIÑOS ? SEXO ? ESTADO CIVIL ? OTRA RAZÓN _____

? RELIGION _____ *(Especifique)* ? INCAPACIDAD _____ *(Especifique)* ? ORÍGEN NACIONAL/ASCENDENCIA _____ *(Especifique)*

3. DESCRIBA EL TIPO DE HOSPEDAJE/ALOJAMIENTO, VENTAJAS, FACILIDADES, PRIVILEGIOS, O SERVICIOS QUE UD. DESEABA PERO QUE LE FUERON NEGADOS POR LOS ESTABLECIMIENTOS YA DESCRITOS:

_____
_____
_____
_____

4. ¿LE DIERON A UD. ALGUNA RAZON PARA QUE LE NEGARAN LOS SERVICIOS QUE BUSCABA? SI SU RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR INDIQUE LA RAZON QUE LE DIERON, EL NOMBRE DE LA PERSONA QUE LA SUMINISTRO Y LA FECHA N QUE UD. LA RECIBIO:

_____
_____
_____
_____
_____

5. ¿SE HAN PRESENTADOS CARGOS CONTRA UD. CON RELACION A ESTE INCIDENTE? SI SU RESPUESTA ES SÍ, POR FAVOR EXPLIQUE EN DETALLE:

_____
_____
_____

6. INDIQUE LOS NOMBRES Y NUMERO DE TELEFONOS (SI ES POSSIBLE) DE TESTIGOS QUE USTED CREE PUEDEN DAR EVIDENCIA A SU FAVOR:

NOMBRE	TELEPHONO DE LA CASA	TELEFONO DEL TRABAJO
	( )	( )
	( )	( )
	( )	( )

7. DESCRIBA LAS FORMAS EN EQUE UD. HA SIDO PERJUDICADO POR LA FALLA DE LOS ESTABLECIMIENTOS DE NEGOCIOS PARA PROVERLE LAS COMODIDADES, ETC., QUE UD. BUSCABA. POR FAVOR INDIQUE EN DETALLE LOS PERJUICIOS DE DINERO. (Por ejemplo: costos de transporte para obtener alternativas en comodidades, tiempo perdido del trabajo, costo adicional de alternativas en comodidades, otros gastos incurridos.)

_____

_____

_____

_____

_____

8. ¿QUE INFORMACION TIENE UD. PARA INDICAR QUE FUE TRATADO DIFERENTE A QTROS INQUILINOS, APLICANTES, ETC.? DESCRIBA EN DETALLE LO QUE PASO, INCLUYENDO FECHAS, LUGARES, NOMBRES DE PERSONAS IMPLICADAS E INFORMES EXPECIFICOS QUE UD. PUEDA RECORDAR: (Use hojas de papel extra si es necessario.)

_____

_____

_____

_____

9. SI UNA INVESTIGACION PRUEBA DE QUE USTED FUE DISCRIMINADO. ¿QUE REMEDIO BUSCA USTED?

_____

_____

10. OTRAS MEDIDAS TOMADAS ¿HA REGISTRADO USTED UNA QUEJA CON ALGUNA OTRA AGENCIA? ? SÍ* ? NO

*SI CONTESTÓ "SÍ", INDIQUE NOMBRE	NUMERO DE TELEFONO ( )

DIRECCION *(Número y Calle)* *(Ciudad)* *(Zona Postal)*

NOMBRE DE LA PERSONA QUIEN TOMÓ SU QUEJA	¿QUE HA HECHO POR USTED ESTA PERSONA ACERCA DE ESTE PROBLEMA?
¿PLANEA USTED LLEVAR ESTE CASO A CORTE? ? SÍ ? NO ? INDECISO	¿TIENE USTED UN ABOGADO? ? SÍ ? NO

NOMBRE DEL ABOGADO	NUMERO DE TELEFONO ( )

DIRECCION *(Número y Calle)* *(Ciudad)* *(Zona Postal)*

11. ME DI CUENTA DEL DEPARTAMENTO DE IGUALDAD EN EMPLEO Y VIVENDAS POR: *(Sea específico)*

_____

_____

12. DATOS PERSONALES:

RAZA/ETNICIDAD: (Marque la caja que lo describe mejor)

? Nativo Indio Americano ? Asiatico/Isleño del Pacifico

(especifique)_____

? Afro-Americano ? Afro-Otro ? Caucasico (No-Hispano) ? Hispano (especifique)

_____

IDIOMA PRINCIPAL

_____

NUMERO DE SEGURO SOCIAL: ___ ___ ___ - ___ ___ - ___ ___ ___ ___ (El Acto de Privacion Federal de 1974 prohibe el requisito que una agencia del Estado de California revele el Numero del Seguro Social de un individuo. Revelacion de su Numero de Seguro Social es voluntario.)

FECHA DE NACIMIENTO ___ ___ / ___ ___ / ___ ___

SEXO: ? Femenino ? Masculino Fecha de Nacimiento

QUIEN LO EMPLEA	TITULO DE TRABAJO

TIEMPO QUE HA TRABAJADO CON SU EMPLEADOR _____	INGRESO MENSUAL $ _____	OTROS INGRESOS $_____

DO NOT WRITE IN THIS AREA

INTERVIEWER'S NOTES

Complainant's assertions:

What does Complainant say will be the Respondent's position?

Comparative data/relevant information:

Complaint taken for investigation: Yes ___ No ___

If taken, additional remedy information:

If not taken, rationale:

Complainant advised of statute of limitations? Yes ___ No ___ Date statute runs: _____

Complainant advised of other agencies? Yes ___ No ___

FOR OFFICIAL USE ONLY

DFEH CODE: LAW ____ BASIS ___ ___ ACT ___ ___ REJECT ___ PUBLIC ___