



# CALIFORNIA DEPARTMENT OF FAIR EMPLOYMENT AND HOUSING

Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California

## CUESTIONARIO DE PRE-QUEJA

### VIVIENDA

**Al completar y entregar este cuestionario de Pre-Queja iniciará una entrevista con un representante del Departamento de Igualdad en el Empleo y Vivienda (DFEH por sus siglas en Inglés). El cuestionario de Pre-Queja no es una queja archivada. El representante del DFEH determinará si la queja puede ser aceptada para investigación.**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

PERSONA CON QUIÉN COMUNICARSE SI USTED NO SE ENCUENTRA O SI SE MUEVE DE CASA: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**NOMBRE DE LA COMPAÑÍA, EMPRESA, PROPIETARIO, ORGANIZACIÓN U OTRA ENTIDAD CONTRA DE QUIEN USTED DESEA REGISTRAR LA QUEJA:**

NOMBRE: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

DOMICILIO: \_\_\_\_\_

CIUDAD/ESTADO/CODIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE UNIDADES HABITACIONALES: \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE SE LLEVO A CABO EL ACTO DE DISCRIMINACIÓN MÁS RECIENTE (Mes/Día/Año): \_\_\_\_\_

EN LA DISCRIMINACION QUE ESTA ALLEGANDO HAY AMENAZAS O ACTOS DE VIOLENCIA? SI NO

**NOMBRE DE OTROS INDIVIDUOS CONTRA LOS CUALES DESEA QUEJARSE (Otras personas que estuvieron involucradas en esta queja en particular):**

NOMBRE/PUESTO: \_\_\_\_\_ DOMICILIO: \_\_\_\_\_ NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1. YO ALEGO QUE SUFRÍ:  Discriminación  Hostigamiento/Acoso  Represalias

POR MOTIVO DE MI ACTUAL O PERCIBIDA:

- Ascendencia
- Asociación con una Persona de una Clase Protegida
- Color
- Discapacidad
- Participación en una Actividad Protegida
- Estado Familiar (hogares con niños menores de 18 años)
- Información o Características Genéticas
- Estado Civil
- Condición Médica- Cáncer, Enfermedad Relacionada con el Cáncer, o de Características Genéticas
- Origen Nacional – Incluyendo Restricciones de Uso de Lenguaje
- Raza
- Religión
- Sexo- Género
- Sexo- Identidad de Género o Expresión de Género
- Sexo- Embarazo
- Orientación Sexual
- Fuente de Ingresos

COMO RESULTADO, YO FUI:

- Negado Préstamo / Asegurancia del Hogar
- Negado la Igualdad de Términos y Condiciones
- Negado Acomodamiento Razonable
- Negado Alquiler / Renta / Venta
- Desalojado de mi Vivienda
- Víctima de Represalias por haber Presentado una Denuncia
- Sometido a Declaraciones / Anuncios Discriminatorios
- Sometidos a Zonificación / Uso de Tierra Discriminatorios
- Sometidos a Pactos / Reglas Restrictivas
- Otra (especifique) \_\_\_\_\_

2. Tiene usted un abogado que haya aceptado representarlo en este asunto?  Si  No

Si la respuesta es sí, por favor proporcione la información del abogado.

Nombre del Abogado:

Número de Teléfono:

Nombre del Bufete de Abogados:

Domicilio del Abogado:

Ciudad/Estado/Codigo Postal:

3. Ha registrado usted una queja con El Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano de los Estados Unidos (HUD) antes de venir al Departamento de Igualdad en el Empleo y Vivienda?  Si  No



# INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

ESTA INFORMACIÓN ES OPCIONAL Y SOLAMENTE ES UTILIZADA PARA FINES ESTADÍSTICOS.

## GÉNERO:

- Masculino
- Femenino
- Otro

## ESTADO CIVIL:

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Cohabitación

## RAZA:

- Asiático
- Indio Nativo Americano o Nativo de Alaska
- Negro o Afro-Americano
- Nativo de Hawái o Isleño del Pacífico
- Blanco

## ORIGEN NACIONAL:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Afghani (Afghani)                   | <input type="checkbox"/> Japanese (Japonés)                               |
| <input type="checkbox"/> American [U.S.A] (Americano -U.S.A) | <input type="checkbox"/> Korean (Coreano)                                 |
| <input type="checkbox"/> Bangladeshi (Bangladesi)            | <input type="checkbox"/> Laotian (Laosiano)                               |
| <input type="checkbox"/> Cambodian (Camboyano)               | <input type="checkbox"/> Lebanese (Libanés)                               |
| <input type="checkbox"/> Canadian (Canadiense)               | <input type="checkbox"/> Malaysian (Malasio)                              |
| <input type="checkbox"/> Chinese (Chino)                     | <input type="checkbox"/> Mexican (Mexicano)                               |
| <input type="checkbox"/> Cuban (Cubano)                      | <input type="checkbox"/> Nigerian (Nigeriano)                             |
| <input type="checkbox"/> Dominican (Dominicano)              | <input type="checkbox"/> Other African (Otro Origen Africano)             |
| <input type="checkbox"/> Egyptian (Egipcio)                  | <input type="checkbox"/> Other Asian (Otro Origen Asiático)               |
| <input type="checkbox"/> English (Inglés)                    | <input type="checkbox"/> Other Caribbean (Otro Origen Caribeño)           |
| <input type="checkbox"/> Ethiopian (Etiope)                  | <input type="checkbox"/> Other European (Otro Origen Europeo)             |
| <input type="checkbox"/> Fijian (Fijiano)                    | <input type="checkbox"/> Other Hispanic/Latino (Hispano/Latino)           |
| <input type="checkbox"/> Filipino (Filipino)                 | <input type="checkbox"/> Other Middle Eastern (Otro Origen Medio Oriente) |
| <input type="checkbox"/> German (Alemán)                     | <input type="checkbox"/> Other (Otro Origen Nacional)                     |
| <input type="checkbox"/> Ghanaian (Ghanés)                   | <input type="checkbox"/> Pakistani (Pakistani)                            |
| <input type="checkbox"/> Guamanian (Guamaniano)              | <input type="checkbox"/> Puerto Rican (Puertorriqueño)                    |
| <input type="checkbox"/> Haitian (Haitiano)                  | <input type="checkbox"/> Salvadoran (Salvadoreño)                         |
| <input type="checkbox"/> Hawaiian (Hawaiano)                 | <input type="checkbox"/> Samoan (Somalí)                                  |
| <input type="checkbox"/> Hmong (Hmong)                       | <input type="checkbox"/> Sri Lankan (Sri Lankano - Ceilandés)             |
| <input type="checkbox"/> Indonesian (Indonesio)              | <input type="checkbox"/> Syrian (Sirio)                                   |
| <input type="checkbox"/> Iranian (Iraní)                     | <input type="checkbox"/> Taiwanese (Taiwanés)                             |
| <input type="checkbox"/> Iraqi (Iraquí)                      | <input type="checkbox"/> Thai (Tailandés)                                 |
| <input type="checkbox"/> Irish (Irlandés)                    | <input type="checkbox"/> Tongan (Tongano)                                 |
| <input type="checkbox"/> Italian (Italiano)                  | <input type="checkbox"/> Vietnamese (Vietnamita)                          |
| <input type="checkbox"/> Jamaican (Jamaicano)                |   |