

COMISIÓN DE ASUNTOS HUMANOS DE CAROLINA DEL SUR

1026 Sumter Street Columbia, Carolina del Sur, 29201
Número local (803) 737-7800 Línea gratis (800) 521-0725
Sitio web <http://www.schac.sc.gov>

CUESTIONARIO DE CONSULTA DE IGUALDAD DE VIVIENDA

Complete todas las secciones que sean pertinentes a su situación

Escriba a máquina o en tinta solamente. Puede agregar páginas adicionales si necesita.

No escriba en la parte trasera de ninguna de las páginas de este Cuestionario.

EL COMPLETAR Y ENTREGAR ESTE CUESTIONARIO NO IMPLICA O CONSTITUYE EL ESTABLECIMIENTO DE UN CARGO

Al firmar y entregar este cuestionario, por este medio usted declara que toda la información presentada es verdadera y correcta según su leal saber y entender.

Nombre completo: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Primer apellido) (Segundo apellido)

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: Casa (____) _____ Trabajo: (____) _____
(Código de área) (Código de área)

Celular: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____
(Código de área)

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género (marque uno): ___ Masculino ___ Femenino
Mes/ Día/ Año

Por favor indique la mejor hora para contactarlo: ___ Por la mañana ___ Tarde ___ Noche

¿Cómo se enteró del Acto de Igualdad de Vivienda? (Internet, TV, etc.) _____

Información de contacto alternativo

Proporcione la siguiente información de una persona que podrá ponernos en contacto con usted. Este individuo debe ser alguien que NO VIVE con usted.

Nombre del contacto: _____
(Nombres) (Primer apellido) (Segundo apellido)

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: Casa (____) _____ Trabajo: (____) _____
(Código de área) (Código de área)

Celular: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____
(Código de área)

Por favor marque cuál es la mejor hora para contactar a esa persona: Por la mañana ___ Tarde ___ Noche ___

2. **¿CUANDO** ocurrió el último acto de discriminación? _____
(mes/día/año)

¿Es este trato discriminatorio continuo? ___ Sí ___ No

Si es así, explique brevemente _____

3. **¿Por qué** cree usted que está siendo discriminado? Es una violación de la ley negarlo de sus derechos a la vivienda por cualquiera de los siguientes factores:

___ Raza ___ Color ___ Sexo (incluye acoso sexual y embarazo)
___ Origen nacional (Ancestros) ___ Tipo de familia (familias con niños menores de 18 años)
___ Religión ¿Cuál es su religión? _____
___ Discapacidad ___ Represalia (Se opuso a una práctica ilegal en la vivienda o participo como testigo en una queja)

Por favor responda las siguientes preguntas relacionadas a la discapacidad.

- a. ¿Cuál es su discapacidad diagnosticada médicamente? _____
- b. ¿Cómo le afecta su discapacidad para realizar sus actividades de vida diaria? _____
(audición, vista, habla, caminar, respirar, etc.)
- c. ¿Cuándo notifico usted al demandado de su discapacidad? _____
- d. ¿El demandado lo considera o consideró como teniendo una discapacidad? ___ Sí ___ No
Si es así, explique: _____

Por favor conteste las siguientes preguntas relacionadas a la Represalia.

- a. ¿Se quejó usted del tratamiento con el demandado? ___ Sí ___ No
Si lo hizo, complete lo siguiente sobre el individuo con el que usted se quejó:
Nombre: _____ Cargo: _____
Datos de contacto: _____
- b. ¿Usted específicamente alegó que su trato fue discriminación-basado en uno o más de los factores seleccionados en la pregunta número 3? ___ Sí ___ No
Por ejemplo: ¿Se le negó una vivienda por su raza?
¿Se le negó un préstamo de hipoteca por su religión?
¿Fue rechazado en un apartamento porque tiene niños?
¿Fue acosado por ayudarle a alguien a obtener sus Derechos de Equidad de Vivienda?

4. ¿Le dio el demandado alguna razón por el tratamiento que usted describe en la pregunta número 3?

___ Sí ___ No Sí lo hizo, ¿Cuál fue/es la razón(es)? _____

5. ¿Si la razón(es) no fue/fueran cierta(s), ¿Cuál es su respuesta a la razón(es) dada? Por favor explique:

6. ¿QUIÉN (demandado(s)) lo discrimino?

Individuo, organización, asociación, corporación, municipalidad, fideicomiso, fideicomisario, o cualquier otra entidad que presuntamente lo perjudico. Proporcione el nombre y el domicilio comercial **completo** en Carolina del Sur incluyendo el número de calle para propósito de propiedad y apartado de correo. (*Adjunte páginas adicionales o use página 9 para demandantes adicionales NO escriba en la parte trasera de la página*).

Propietario____ **Agente de Finca Raíz**____ **Corredor hipotecario**____ **Dueño**____ **Asociación**____

Organización____ **Banquero**____ **Compañía**____ **Administración inmobiliaria**____

Nombre: _____

Nombre del negocio: _____

Dirección: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____
(Código de área) (Código de área)

Propietario____ **Agente de Finca Raíz**____ **Corredor hipotecario**____ **Dueño**____ **Asociación**____

Organización____ **Banquero**____ **Compañía**____ **Administración inmobiliaria**____

Nombre: _____

Nombre del negocio: _____

Dirección: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____
(Código de área) (Código de área)

Propietario _____ Agente de finca raíz _____ Corredor hipotecario _____ Dueño _____ Asociación _____
Organización _____ Banquero _____ Compañía _____ Administración inmobiliaria _____

Nombre: _____

Nombre del negocio: _____

Dirección: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____
(Código de área) (Código de área)

7. **¿DONDE** ocurrió la presunta discriminación?

____ Complejo de apartamentos? _____ Parque de casas móviles?

____ Asociación de condominios? _____ Vivienda pública o subvencionada?

____ Banco o alguna otra institución? _____ Vivienda unifamiliar?

¿Cuántas propiedades unifamiliares tiene el demandado? Si usted tiene esta información, por favor ponga el número de propiedades _____, y anote información adicional en la página 9.

Información de contacto del dueño y la ubicación de la propiedad en cuestión (si aplica):

Nombre: _____

Nombre del negocio: _____

Dirección: _____

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Condado: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: (_____) _____ Celular: (_____) _____
(Código de área) (Código de área)

Por favor indique la transacción adecuada a continuación:

____ Venta? _____ Renta? _____ Préstamo?

8. ¿Cuántas propiedades tiene el demandante/dueño de la propiedad en cuestión para el propósito de arriendo o venta? _____

9. ¿Ha entablado **esta** queja con el Departamento de los EE.UU. para la Vivienda y el Desarrollo Urbano (siglas en inglés, HUD), cualquier agencia federal, estatal, local contra la discriminación, o en corte?

____ Sí ____ No Si es así, complete lo siguiente:

Nombre de la agencia: _____

Número de caso: _____ Fecha en la que entabló la queja: _____

10. ¿Ha entablado una queja anteriormente en contra de este demandado con la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina del Sur? Sí No Si es así, complete lo siguiente sobre la persona con la que usted se quejó:

Nombre del empleado: _____

Número de caso: _____ Fecha en la que se entabló la queja: _____

11. ¿Sabe usted de algún otro individuo que fue tratado **mejor** bajo las mismas o similares circunstancias?

Sí No Si así es, complete lo siguiente:

<i>Nombre</i>	<i>Raza</i>	<i>Color</i>	<i>Origen Nacional</i>	<i>Sexo</i>	<i>Religión</i>	<i>Discapacidad</i>	<i>Tipo de familia</i>
<i>De una breve descripción del tratamiento a este individuo</i>							
<i>De una breve descripción del tratamiento a este individuo</i>							

12. ¿Sabe usted de algún otro individuo que fue tratado **igual** o **peor** que usted bajo las mismas o similares circunstancias? Sí No Si así es, complete lo siguiente:

<i>Nombre</i>	<i>Raza</i>	<i>Color</i>	<i>Origen Nacional</i>	<i>Sexo</i>	<i>Religión</i>	<i>Discapacidad</i>	<i>Tipo de familia</i>
<i>De una breve descripción del tratamiento a este individuo</i>							
<i>De una breve descripción del tratamiento a este individuo</i>							

13. ¿Hubo algún testigo de los eventos? Sí No

14. ¿Los testigos tienen información pertinente, información de primera mano que sea importante para esta queja? Sí No

15. ¿Están los testigos dispuestos a hablar con la Comisión sobre esta queja? ____ Sí ____ No

Si es así, por favor proporcione la siguiente información de cada testigo: *(adjunte hojas extra o use la página 9 para testigos adicionales. NO escriba en la parte trasera de ninguna hoja).*

Testigo #1

Nombre completo: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Primer apellido) (Segundo apellido)

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: Casa (____) _____ Trabajo: (____) _____
(Código de área) (Código de área)

Celular: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____
(Código de área)

Testigo #2

Nombre completo: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Primer apellido) (Segundo apellido)

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: Casa (____) _____ Trabajo: (____) _____
(Código de área) (Código de área)

Celular: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____
(Código de área)

Testigo #3

Nombre completo: _____
(Nombre) (Segundo nombre) (Primer apellido) (Segundo apellido)

Dirección de correo: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: Casa (____) _____ Trabajo: (____) _____
(Código de área) (Código de área)

Celular: (____) _____ Dirección de correo electrónico: _____
(Código de área)

Información de acuerdo

¿Cuál es la compensación mínima que usted aceptaría para resolver esta denuncia?

Quiere que le devuelvan su trabajo Antigüedad en la compañía Prestaciones Pago retroactivo

Otro

¿Tiene usted un abogado representándolo en este asunto? Si No. Si es así, su abogado debe mandar una **carta de representación** a la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina del Sur. La Comisión no puede discutir ningún asunto con relación a su denuncia con su abogado hasta que se reciba la **Carta de Representación**.

NOTA: *Usted no está obligado a tener un abogado representándolo en este asunto, para entablar una queja de discriminación.*

Es su responsabilidad, de dejarle saber a la Comisión inmediatamente si usted cambia su dirección o número de teléfono. Si usted no puede ser contactado porque no ha cumplido con estas responsabilidades, su denuncia puede ser rechazada. Usted debe proveernos con un número de teléfono al que el investigador pueda contactarlo durante las horas laborales de la Comisión (8:30am a 5:00pm de Lunes a Viernes).

He leído (o se me ha leído) este documento y entiendo la información previa. Entiendo que la Comisión de Asuntos Humanos de Carolina del Sur no hace promesas o garantías sobre el posible resultado de esta denuncia. Yo certifico que toda la información en este cuestionario es verdadera, precisa y factual a mi leal saber y entender.

Firma del demandante: _____ Fecha: _____

