



INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO

Dónde enviar por correo, correo electrónico o fax su formulario de denuncia.

Revisaremos su información y nos comunicaremos con usted lo antes posible.

Oficina de Equidad e Inclusión de la Ciudad de Dallas - División de Vivienda Justa

1500 Marilla St., Room 1BN

Dallas, TX 75201

Correo electrónico: fairhousing@dallas.gov

Teléfono: (214) 670-FAIR (3247)

Fax: (214) 670-0665

TTY: (214) 670-6936

PREGUNTA I

¿Por qué cree que alguien lo discriminó a usted, a alguien con quien vive o a alguien con quien pretendía vivir?

Elija al menos una razón. Puede elegir más de una. La respuesta es obligatoria.

- | | |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Raza | <input type="checkbox"/> Represalia |
| <input type="checkbox"/> Color | <input type="checkbox"/> Discapacidad |
| <input type="checkbox"/> Religión | <input type="checkbox"/> Fuente de ingresos |
-
- Origen nacional (incluyendo el dominio limitado del inglés)
- Sexo (incluye, pero no se limita a, discriminación por motivos de género, identidad de género real o percibida u orientación sexual)
- Estado familiar (esto incluye niños menores de 18 años, embarazo o que buscan la custodia legal)
- Debido a, o como resultado directo de, que usted o alguien de su hogar sea sobreviviente de violencia doméstica, violencia en el noviazgo, agresión sexual o acoso (por ejemplo, por tener antecedentes penales, historial de desahucios o mal historial crediticio), o porque cree que se infringió otro derecho a la vivienda en virtud de la Ley de Violencia contra la Mujer (VAWA, por sus siglas en inglés) (por ejemplo, su propietario no le proporcionó un traslado de emergencia, fue penalizado por llamar al 9-1-1 o por buscar servicios de emergencia). Las protecciones de la VAWA se aplican independientemente del sexo, la orientación sexual o la identidad de género
- Otro motivo (explique a continuación)

PREGUNTA 2

¿Quién lo discriminó?

Proporcione toda la información de que disponga. No nos comunicaremos con ellos antes de hablar con usted. La respuesta es obligatoria.

Nombre (o razón social):		
Apellido:		
Relación con usted (por ejemplo, propietario, prestamista, agente de bienes raíces):		
Dirección:		
Razón social o cargo:		
Número de teléfono 1:		Número de teléfono 2:
Dirección de correo electrónico:		
Ubicación (por ejemplo, nombre de la propiedad residencial de alquiler o venta, entidad pública, empresa o banco):		
Dirección postal:		Apto. o unidad:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

PREGUNTA 3

¿Dónde ocurrió la discriminación?

Indique el nombre y la dirección del edificio, complejo de apartamentos u otro sitio donde se haya producido la discriminación. Proporcione toda la información de que disponga. La respuesta es obligatoria.

Ubicación (por ejemplo, nombre de la propiedad residencial de alquiler o venta, entidad pública, empresa o banco):		
Dirección postal:		Apto. o unidad:
Ciudad:	Estado:	Código postal:

PREGUNTA 4

¿Cuándo ocurrió la discriminación?

Si ha ocurrido varias veces o continúa ocurriendo, indique la última fecha en que sufrió discriminación. La respuesta es obligatoria.

Última fecha en que sufrió discriminación:

¿La supuesta discriminación continúa o está en curso o la supuesta discriminación todavía ocurre?

Sí No

PREGUNTA 5

¿Qué ha ocurrido?

Describa brevemente lo ocurrido. Sea lo más específico posible. La respuesta es obligatoria.

PREGUNTA 6

¿Cómo podemos ponernos en contacto con usted?

Tendremos que ponernos en contacto con usted luego de revisar su información. No revelaremos ningún dato personal a la persona que haya identificado como discriminadora antes de notificarle una denuncia formal. La respuesta es obligatoria.

Su nombre e información de contacto. La respuesta es obligatoria.

Nombre:	Apellido:	
Número de teléfono:	Número de móvil:	
Dirección(es) de correo electrónico:	Contacto preferente: <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Otro: _____	
Mejor momento para llamar: <input type="checkbox"/> Mañana <input type="checkbox"/> Tarde	Idioma(s) preferente(s):	
Dirección postal:	Apto. o unidad:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Su dirección postal. La respuesta es obligatoria.

Dirección postal:	Apto. o unidad:	
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Segundo punto de contacto. La respuesta es obligatoria.

Nombre:	Apellido:
Número de teléfono:	Dirección de correo electrónico:

Relación con usted. La respuesta es opcional.

- | | |
|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Familiar o amigo | <input type="checkbox"/> Abogado |
| <input type="checkbox"/> Defensor o representante de vivienda justa | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |