|  |
| --- |
| This section for office use only.     Staff :       Date Drafted:       |

**Cuestionario para demandas de vivienda**

Favor de escribir claramente **(Nota:** Este formulario *no es una demanda oficial*. Llenarlo es el primer paso para presentar una demanda.)

Record of Contact:

**INFORMACION DEL DEMANDANTE:**

|  |
| --- |
| Nombre completo:       |
| Domicilio:       |
| Dirección postal (si es diferente):       |
| Ciudad/**Condado**/Estado/Zona postal:       |
| Número telefónico de su domicilio:       | Teléfono diurno:        |
| Dirección Electrónica:       | Celular:        |
| Soy: [ ]  varón [ ]  mujer | El mejor tiempo para recibir una llamada:        |

**Otras personas que vivían con el/la demandante durante el tiempo de la discriminación (use otra hoja para incluir a mas)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre completo | Edad durante el tiempo relevante a la demanda: | Sexo: | Parentesco |
| 1.       |       |       |       |
| 2.       |       |       |       |
| 3.       |       |       |       |
| 4.       |       |       |       |
| 5.       |       |       |       |
| 6.       |       |       |       |

**Persona de referencia.** Nombre, dirección, y número telefónico teléfono de una persona que **no vive con Ud.** pero que sabrá como ubicarlo/a.

|  |
| --- |
| Nombre completo:      |
| Domicilio:      |
| Ciudad/estado/zona postal:      |
| Número telefónico:      |
| Parentesco:      |

¿**HA USTED REGISTRADO UNA DEMANDA CON OTRA AGENCIA, O HA USTED COMENZADO LA LITIGACION JUDICIAL ACERCA DE LAS ALEGACIONES EN ESTA DEMANDA?**

[ ]  No, ni yo ni otra persona ha registrado una demanda o tomado acción judicial acerca de estas alegaciones

[ ]  Si, una demanda o litigación fue registrada con \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ fecha\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **Si es que tiene abogado/a que lo/la representa en este asunto, dénos su nombre:**      |
| Dirección:      |
| Ciudad/estado/zona postal:      |
| Número telefónico:      |

**INFORMACION DEL DEMANDADO** (Dénos toda la siguiente información de la persona contra quién está haciendo la demanda.)

|  |
| --- |
| **Nombre y título del Demandado #1**:      |
| Compañía:      |
| Dirección:       |
| Ciudad/estado/zona postal:      |
| Número de teléfono:       |

|  |
| --- |
| **Nombre y título del Demandado #2**:      |
| Compañía:      |
| Dirección:       |
| Ciudad/estado/zona postal:      |
| Número de teléfono:       |

|  |
| --- |
| **Nombre y título del Demandado #3**:      |
| Compañía:      |
| Dirección:       |
| Ciudad/estado/zona postal:      |
| Número de teléfono:       |

|  |
| --- |
| **Nombre y título del Demandado #4**:      |
| Compañía:      |
| Dirección:       |
| Ciudad/estado/zona postal:      |
| Número de teléfono:       |

Si Ud. Necesita ayuda en rellenar este documento, llame a: (360) 753-6770 (se habla español) (llamada gratuita 1-800-233-3247, TTY 1-800-300-7525)

1. Creo que me han discriminado debido a lo siguiente:

[ ]  Raza – mi raza es:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Color – mi color es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Origen nacional – mi origen es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Credo/religión – mi credo es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Sexo/genero – mi sexo es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Acoso Sexual

[ ]  Presencia de niños / embarazo

[ ]  Estado civil – mi estado civil es:\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Orientación sexual – mi orientación es: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  El género con que se identifica: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ ]  Veteranos/servicio militar

[ ]  Discapacidad física, mental, sensorial - especifique:

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

[ ]  Represalia por usar derechos debajo de RCW 49.60

[ ]  Usar un animal de servicio para discapacidad

[ ]  Ciudadanía / Estado de Inmigración - **Nuestra Comisión no acumula información sobre estado de inmigración; favor de NO proveer esa información**

1. ¿Qué clase de casa o propiedad está en cuestión? (Marque lo más aproximado.)

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Una casa para una sola familia | [ ]  Un edificio para 5 o más familias |
| [ ]  Una casa o edificio para 2, 3 o 4 familias | [ ]  Otro tipo (incluyendo terrenos vacios usados para la vivienda) |
| OTRO, FAVOR DE ESPECIFICAR:      |

1. ¿Vive el/la dueño/a en ese domicilio? [ ]  Sí [ ]  No
2. ¿Está la casa o la propiedad en renta o en venta? [ ]  En renta [ ]  En venta
3. Información sobre la casa o la propiedad en cuestión:

|  |
| --- |
| Nombre de la propiedad (si corresponde):       |
| Dirección de la propiedad:       |
| Ciudad/estado/zona postal de la propiedad:       |
| Condado donde está localiza la propiedad:        |

1. ¿Es el/la persona que está demandando el/la dueño/a o el/la gerente de otra propiedad? [ ]  Sí [ ]  No [ ]  No sé

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Qué tipo de vivienda?       | ¿Cuántas unidades tiene?      |

1. Dénos las fechas y una breve explicación de cada acción perjudicial contra Ud. e incluya el/los nombre(s) y el/los título(s) de la(s) persona(s) que cometió/cometieron esas acciones. **Es muy importante proveer la feche más reciente de la discriminación, y explicar que pasó ese día.**

|  |
| --- |
|       |

1. ¿Cuál cree Ud. es/son la(s) razón(es) por la(s) que le pasó esto?

|  |
| --- |
|       |

1. ¿Qué razón(es) le dieron por la acción de que se queja?

|  |
| --- |
|       |

1. Favor de nombrar a otras personas que estaban en la misma condición que la/las suya y que recibieron un trato **similar**:

|  |
| --- |
|       |

1. Favor de nombrar a otras personas en la misma condición que la/las suya y que recibieron un trato **diferente**.

|  |
| --- |
|       |

1. ¿Cuál es la razón por la que Ud. cree que esas personas recibieron un trato distinto al suyo?

|  |
| --- |
|       |

1. ¿Cuál es la fecha cuando Ud. empezó a vivir en la vivienda sujeta, si se aplica? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. ¿Cuál es la fecha cuando Ud. se mudó de la vivienda sujeta, si se aplica? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
* **FAVOR DE FIRMAR Y DE PONER LA FECHA. SOLAMENTE ENVIE EL CUESTIONARIO.**
* **GUARDE LOS DOCUMENTOS ADICIONALES PARA EL INVESTIGADOR.**
* **USE EL SOBRE ADJUNTO PARA ENVIAR EL CUESTIONARIO.**

Firma \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_