



Comisión de Derechos Humanos de Maine

51 State House Station - Augusta, ME 04333
Telefono (207) 624-6290 ■ Fax (207) 624-8729 ■ TTY: Maine Relay 711
www.maine.gov/mhrc

CHARGE FRAMER:

NOT DOCKETABLE

DATE:

FORMULARIO DE RECEPCIÓN POR DISCRIMINACIÓN EN LA VIVIENDA

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre:

Inicial 2° nombre:

Apellido:

Fecha:

Dirección postal:

Ciudad:

Estado:

C. Postal:

Teléfono casa:

Celular:

Teléfono trabajo

Dirección email:

Anote a todos los miembros de su hogar:

1.

Nombre:

Menor de edad:

☐ Sí ☐ NO

2.

Nombre:

Menor de edad:

☐ Sí ☐ NO

3.

Nombre:

Menor de edad:

☐ Sí ☐ NO

4.

Nombre:

Menor de edad:

☐ Sí ☐ NO

5.

Nombre:

Menor de edad:

☐ Sí ☐ NO

6.

Nombre:

Menor de edad:

☐ Sí ☐ NO

MENCIONE UN PARIENTE AMIGO O VECINO DE LA LOCALIDAD QUE PUDIESE LOCALIZARLE:

Nombre:

Apellido:

Relación:

Teléfono:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

C.Postal:

CREO QUE SE ME HA DISCRIMINADO EN RELACIÓN A LA VIVIENDA DEBIDO A:

☐ Color (Especifique:_____)

☐ Niños (favor de contestar el cuadro de la derecha)

☐ Discapacidad Mental (Especifique discapacidad:_____)

☐ Nacionalidad de origen/Ascendencia (Especifique:_____)

☐ Discapacidad física (Especifique discapacidad _____)

☐ Raza (Especifique:_____)

☐ Ser beneficiario de asistencia pública (indique tipo: _____)

☐ Religión (Especifique:_____)

Si marcó Niños, favor de contestar lo siguiente:

Soy:

☐ padre/madre

☐ tutor legal, tengo el permiso por escrito del (de la) padre/ madre o tutor legal,

☐ estoy en trámites para conseguir la custodia legal

☐ Represalias

☐ Género (esto incluye acoso sexual)

☐ Orientación sexual (incluye Identidad de Género) (Especifique:_____)

EL INMUEBLE ESTÁ UBICADO EN:

Domicilio:

Ciudad:

Estado:

C.Postal:

Nombre del conjunto de apartamentos:

Tipo de vivienda del caso:

☐ Apartamento (en ese caso, No. de unidades por edificio_____)

☐ Vivienda fam.individual ☐ Parque de casas móviles ☐ Ocupada

Precio de la renta

\$

No. de recámaras:

de habitaciones que no son recámaras:

Depósito de seguridad

\$

Incluye servicios

☐ Sí ☐ NO

¿Cómo se enteró que la Comisión de Derechos Humanos de Maine tramita las denuncias de discriminación en vivienda?

LA(S) PERSONA(S)/EMPRESA(S) QUE DISCRIMINA/DICRIMINAN ES/SON:

1

Nombre:

Teléfono casa:

Dirección postal:

Teléfono trabajo:

Ciudad:

Estado:

C. Postal:

Condado:

☐ Dueño ☐ Gerente ☐ Vecino ☐ Agente ☐ Otro: _____

2

Nombre:

Teléfono casa:

Dirección postal:

Teléfono trabajo:

Ciudad:

Estado:

C. Postal:

Condado:

☐ Dueño ☐ Gerente ☐ Vecino ☐ Agente ☐ Otro: _____

3

Nombre:

Teléfono casa:

Dirección postal:

Teléfono trabajo:

Ciudad:

Estado:

C. Postal:

Condado:

☐ Dueño ☐ Gerente ☐ Vecino ☐ Agente ☐ Otro: _____

Fecha de inicio discriminación

Última fecha de discriminación

¿Continúa?

☐ Sí ☐ No

Tipo de discriminación relacionada:

☐ Aviso p/desocupar ☐ Desalojo ☐ Negativa p/rentar ☐ Acoso ☐ Expresiones publicitarias discriminatorias

☐ Adaptaciones/ Modificaciones razonables

Términos y condiciones discriminatorias en: ☐ Solicitud / ☐ Ocupación

¿Usted desea obtener o conservar la vivienda?

☐ Sí ☐ No

Sus ingresos mensuales: \$ _____

¿Tiene el dinero para la renta y depósito de seguridad?

☐ Sí ☐ No

Firma de la parte denunciante:

Fecha:

Para ayudarnos a entender los detalles de su situación, proporcione por favor, las razones por las que usted cree que se le ha discriminado al reverso de este formulario. Use papel adicional en caso necesario.

INSTRUCCIONES DEL CUESTIONARIO DE RECEPCIÓN EN LA SIGUIENTE PÁGINA

Instrucciones para el formulario de recepción
Rellene el formulario de la manera más completa posible. Sea específico(a) con todos los nombres y fechas.

Favor de devolver este formulario a: **Maine Human Rights Commission**
51 State House Station
Augusta ME 04333

NOTA: Rellenar este [cuestionario de recepción](#) no necesariamente significa que se haya presentado una Denuncia de Discriminación.

Después de recibir la información que usted nos proporciona, el Funcionario de Recepción elaborará una Denuncia de Discriminación y se la enviará a usted para su revisión y firma notariada *o bien*, si la información no es suficiente para redactar la denuncia, le llamará a usted para tratar más a fondo acerca de sus declaraciones.

UNA DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN PERFECCIONADA SE PRESENTA A LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE MAINE, CUANDO ÉSTA RECIBE UN FORMULARIO DE DENUNCIA, FIRMADO Y NOTARIADO. LAS DENUNCIAS DEBEN SER RECIBIDAS POR LA COMISIÓN, EN UN PLAZO DE TRESCIENTOS (300) DÍAS A PARTIR DEL PRESUNTO ACTO DE DISCRIMINACIÓN.

¡NO TODA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL! Según la Ley de Derechos Humanos de Maine es ilegal discriminar en las siguientes áreas y por las siguientes razones:

BASE DE COMPETENCIA	VIVIENDA	EMPLEO	ACCESO A VIVIENDA PÚBLICA	OTORGAMIENTO DE CRÉDITO	EDUCACIÓN
Edad	N/A	X	N/A	X	N/A
Ascendencia	X	X	X	X	N/A
Niños (solo p/alojamiento)	N/A	N/A	X	N/A	N/A
Color	X	X	X	X	N/A
Estructura familiar	X	N/A	N/A	N/A	N/A
Información genética	N/A	X	N/A	N/A	N/A
Estado civil	N/A	N/A	N/A	X	N/A
Discapacidad mental	X	X	X	N/A	X
Nacionalidad de origen	X	X	X	X	X
Discapacidad física	X	X	X	N/A	X
Raza	X	X	X	X	X
Beneficios de asistencia	X	N/A	N/A	N/A	N/A
Religión	X	X	X	X	N/A
Género	X	X	X	X	X
Orientación sexual	X	X	X	X	X
Represalias al denunciante	N/A	X	N/A	N/A	N/A
Represalias en sueldo del trab.	N/A	X	N/A	N/A	N/A

Represalias: La Ley de Derechos Humanos de Maine prohíbe las represalias contra cualquier persona que se ha opuesto a cualquier práctica que fuese una infracción a la Ley, o porque la persona haya presentado una denuncia, testificado o ayudado de alguna manera en una investigación, procedimiento o audiencia bajo tal Ley.

Para más información acerca de la Ley de Derechos Humanos de Maine, por favor visítenos en la web en www.maine.gov/mhrc



Comisión de Derechos Humanos de Maine
51 State House Station - Augusta, ME 04333
Telefono (207) 624-6290 ■ Fax (207) 624-8729 ■ TTY: Maine Relay 711
www.maine.gov/mhrc

CUESTIONARIO DE DISCRIMINACIÓN POR DISCAPACIDAD

A: ¿Usted o la persona a la que usted ayuda o con la que está asociada tiene:			
1.	Una limitante física o mental que le restringe substancialmente en una o más actividades cotidianas, como ver, oír, hablar, dialogar, cuidar de sí misma o trabajar?	☐ SÍ ☐ NO	
2.	Un expediente o historial de padecer limitantes físicas o mentales que le restringe en una o más actividades cotidianas importantes?	☐ SÍ ☐ NO	
3.	¿Se nota que la persona tiene tal limitante, aunque no afecte en sus actividades cotidianas?	☐ SÍ ☐ NO	
B: Conocimiento del proveedor acerca de la discapacidad			
1.	¿Cree usted que el proveedor de la vivienda u otra persona, u organización que usted cree que le discrimina, está consciente de que tiene una discapacidad, o piensa que usted tiene una discapacidad?	☐ SÍ ☐ NO	
C: Trato desigual/Discriminación por impacto desigual			
1.	¿Usted cree usted que el proveedor de la vivienda le ha tratado de diferente forma que a las personas que no tienen discapacidades?	☐ SÍ ☐ NO	
	¿Cómo?		
2.	¿Cree usted que el proveedor de vivienda le ha tratado igual que los demás, pero que aún así, este tratamiento tiene un impacto negativo hacia usted como persona con discapacidad?	☐ SÍ ☐ NO	
	¿Cómo?		
D: Adaptaciones/Modificaciones razonables			
1.	¿Le solicitó a su casero que cambiase las políticas o prácticas?	☐ SÍ ☐ NO	
2.	¿Le solicitó a su casero permiso para modificar la vivienda?	☐ SÍ ☐ NO	
3.	¿Qué cambios/adaptaciones/modificaciones solicitó usted?		
4.	¿Tales cambios/adaptaciones/modificaciones le beneficiarían en su vivienda?	☐ SÍ ☐ NO	
5.	¿Lo solicitó por escrito o verbalmente?	☐ Por Escrito	☐ Verbalmente
6.	Si usted no hubiese hecho la solicitud, ¿cree que el casero estaba al tanto de la necesidad de la adaptación/modificación?		
7.	¿El casero le negó, retrasó o ignoró el casero, su solicitud de adaptación/modificación?	☐ SÍ ☐ NO	
	¿Qué hizo o dijo el casero en respuesta a su solicitud?		
8.	Si el casero no realizó o se negó a hacer la adaptación/modificación solicitada, ¿qué razón le dio?		

Instrucciones para el formulario de recepción

Llene el formulario de la manera más completa posible. *Use el área de comentarios para explicar lo que le pasó.* Sea específico(a) con todos los nombres y fechas.

NOTA: Llenar este [formulario de recepción](#) no necesariamente significa que haya sido presentada una Denuncia de Discriminación. Después de recibir la información que usted nos proporciona, el Funcionario de Recepción, elaborará una Denuncia de Discriminación y se la enviará a usted para su revisión y firma notariada *o bien*, si la información no es suficiente para redactar la denuncia, le llamará para hablar más a fondo acerca de sus declaraciones.

UNA DENUNCIA DE DISCRIMINACIÓN PERFECCIONADA SE PRESENTA A LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DE MAINE, CUANDO ÉSTA RECIBE UN FORMULARIO DE DENUNCIA, FIRMADO Y NOTARIADO. LAS DENUNCIAS DEBEN SER RECIBIDAS POR LA COMISIÓN EN UN PLAZO DE TRESCIENTOS (300) DÍAS A PARTIR DEL PRESUNTO ACTO DE DISCRIMINACIÓN.

¡NO TODA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL! Según la Ley de Derechos Humanos de Maine es ilegal discriminar en las siguientes áreas por las siguientes razones:

BASE DE COMPETENCIA	VIVIENDA	EMPLEO	ACCESO A VIVIENDA PÚBLICA	OTORGAMIENTO DE CRÉDITO	EDUCACIÓN
Edad	N/A	X	N/A	X	N/A
Ascendencia	X	X	X	X	N/A
Niños (solo p/alojamiento)	N/A	N/A	X	N/A	N/A
Color	X	X	X	X	N/A
Estructura familiar	X	N/A	N/A	N/A	N/A
Información genética	N/A	X	N/A	N/A	N/A
Estado civil	N/A	N/A	N/A	X	N/A
Discapacidad mental	X	X	X	N/A	X
Nacionalidad de origen	X	X	X	X	X
Discapacidad física	X	X	X	N/A	X
Raza	X	X	X	X	X
Beneficios de asistencia pública	X	N/A	N/A	N/A	N/A
Religión	X	X	X	X	N/A
Género	X	X	X	X	X
Orientación sexual	X	X	X	X	X
Represalias al denunciante	N/A	X	N/A	N/A	N/A
Represalias en sueldo del trab.	N/A	X	N/A	N/A	N/A

Represalias: La Ley de Derechos Humanos de Maine prohíbe las represalias contra cualquier persona que se haya opuesto a cualquier práctica que fuese una infracción a la Ley, o porque la persona haya presentado una queja, testificado o ayudado de alguna manera en una investigación, procedimiento o audiencia bajo tal Ley.

* Nota: El acoso sexual es una forma de discriminación de género.

**Nota: Beneficiario(a) de la Asistencia Pública significa la condición de recibir asistencia pública federal, estatal o local