



Formulario de Queja sobre Derechos Humanos de la Ciudad de Miami Beach

Para Uso Oficial Solamente

Número de cargo: _____

Fecha de recepción: _____

I. Información sobre usted (el Demandante)

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo
----------	---------------	---------------------

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
-----------	--------	--------	---------------

Teléfono de la casa ()	Teléfono del trabajo ()	Teléfono celular ()	Correo electrónico
----------------------------	-----------------------------	-------------------------	--------------------

Fecha de nacimiento	Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Raza	Nacionalidad de origen
---------------------	------------------------------------------------------------------------------	------	------------------------

Estado civil <input type="checkbox"/> Soltero(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viudo(a) <input type="checkbox"/> Pareja de hecho

Si usted tendrá representación legal, por favor indique el nombre del abogado, su correo electrónico y teléfono.

Nombre del abogado	Correo electrónico del abogado	Teléfono del abogado ()
--------------------	--------------------------------	-----------------------------

II. Áreas reguladas

Pienso que fui víctima de discriminación en el área de: <input type="checkbox"/> Empleo <input type="checkbox"/> Vivienda <input type="checkbox"/> Alojamientos públicos (restaurantes, tiendas, hoteles, salas de cine, etc.)

III. Estoy presentando una queja contra (Demandado)

Nombre legal completo			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono ()	Sitio web o correo electrónico		

Personas que me discriminaron

Nombre	Título
Nombre	Título
Nombre	Título

Fecha de la discriminación

El acto de discriminación más reciente ocurrió en fecha: _____ / _____ / _____ Mes Día Año

IV. Información jurisdiccional

¿Cree usted que alguna de las siguientes causas de discriminación fue un factor en su caso? (Marque todas las casillas que correspondan)			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Nacionalidad de origen	<input type="checkbox"/> Religión
<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Identidad de género	<input type="checkbox"/> Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Discapacidad
<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Estado civil	<input type="checkbox"/> Situación familiar	

¿Ha presentado usted esta queja ante otra agencia federal, estatal o local de anti-discriminación?

No Sí (En caso afirmativo, complete lo de abajo)

Nombre de la agencia	
Resultado	
¿En qué fecha presentó la queja?	Fecha en que se decidió la acción

Discriminación laboral

Responda las preguntas de esta página **solamente** si usted fue discriminado(s) en el área de **empleo**. Si no, pase a la siguiente página.

¿Cuántos empleados tiene esta compañía?			
<input type="checkbox"/> 1-4	<input type="checkbox"/> 5-14	<input type="checkbox"/> 15 – 100	<input type="checkbox"/> 101 o más
¿Trabaja usted actualmente para la compañía, negocio o persona que usted alega que lo(la) discriminó?			
<input type="checkbox"/> Sí			
Fecha de contratación _____ / _____ / _____ Mes Día Año			
¿Qué cargo tiene usted? _____			
<input type="checkbox"/> No			
Último día de trabajo _____ / _____ / _____ Mes Día Año			
¿Qué cargo tenía usted? _____			
<input type="checkbox"/> No estaba contratado(a) por la compañía.			
Fecha de solicitud _____ / _____ / _____ Mes Día Año			

Actos de discriminación

¿Qué hizo la compañía, negocio o persona de la que usted se está quejando? Marque todas las casillas que correspondan.	
<input type="checkbox"/> Se negó a contratarme	<input type="checkbox"/> Me despidió / Me echó
<input type="checkbox"/> No me volvió a llamar después del despido	<input type="checkbox"/> Me suspendió
<input type="checkbox"/> Me acosó o intimidó (que no sea acoso sexual)	<input type="checkbox"/> Me acosó sexualmente
<input type="checkbox"/> Me negó capacitación	<input type="checkbox"/> Me negó un ascenso o aumento de salario
<input type="checkbox"/> Me pagó un salario más bajo que el de otros trabajadores con el mismo cargo	<input type="checkbox"/> Me negó tiempo de permiso u otros beneficios
<input type="checkbox"/> Me asignó tareas diferentes o peores que la de otros trabajadores con el mismo cargo	<input type="checkbox"/> Me negó adaptación para mi discapacidad
<input type="checkbox"/> Me negó adaptación para mis prácticas religiosas	<input type="checkbox"/> Me dio una amonestación disciplinaria o evaluación de desempeño negativa
<input type="checkbox"/> Otro _____	

Discriminación de vivienda

Responda las preguntas de esta página **solamente** si usted fue discriminado(s) en el área de **vivienda**. Si no, pase a la siguiente página.

¿Quién lo(la) discriminó?			
<input type="checkbox"/> Constructor	<input type="checkbox"/> Banco u otro acreedor	<input type="checkbox"/> Administrador/Superintendente	
<input type="checkbox"/> Propietario/Casero	<input type="checkbox"/> Vendedor	<input type="checkbox"/> Asociación de condominio	
<input type="checkbox"/> Otro _____			
¿De qué tipo de propiedad se trata?			
<input type="checkbox"/> Casa unifamiliar	<input type="checkbox"/> Casa rodante	<input type="checkbox"/> Edificio con 2-4 apartamentos	
<input type="checkbox"/> Casa bifamiliar	<input type="checkbox"/> Local comercial	<input type="checkbox"/> Edificio con 5 o más apartamentos	
<input type="checkbox"/> Otro _____			
¿Era la propiedad para venta o para alquiler?			
<input type="checkbox"/> Era para venta	<input type="checkbox"/> Era para alquiler		
¿Vive usted actualmente allí?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No		

Dirección de la propiedad:

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Actos de discriminación

¿Qué hizo la persona, negocio o compañía de la que usted se está quejando? Marque todas las casillas que correspondan.	
<input type="checkbox"/> Me negó el alquiler o la venta	<input type="checkbox"/> Me desalojó /amenazó con desalojarme
<input type="checkbox"/> Me negó acceso por mi discapacidad o instalaciones que otros inquilinos tenían	<input type="checkbox"/> Me negó igualdad de términos, privilegios
<input type="checkbox"/> Me discriminó para un préstamo financiero	<input type="checkbox"/> Hizo publicidad de forma discriminatoria
<input type="checkbox"/> Me acosó por razones de mi sexo, nacionalidad de origen, raza, discapacidad, etc.	
<input type="checkbox"/> Otro _____	

Discriminación en alojamientos públicos

Responda las preguntas de esta página **solamente** si usted fue discriminado(s) en el área de **alojamientos públicos**. Si no, pase a la siguiente página.

¿Quién lo(la) discriminó?

- Establecimiento minorista (tienda)
- Posada, hotel, motel u otro establecimiento que brinda alojamiento
- Restaurante, cafetería, comedor, expendio de comida, fuente de soda u otro local dedicado principalmente a la venta de alimentos para su consumo.
- Bar, salón, club nocturno u otro establecimiento dedicado principalmente a la venta de bebidas alcohólicas para el consumo dentro del local
- Sala de cine, teatro, sala de conciertos, centro de convenciones u otro lugar de exhibición de entretenimiento
- Otro _____

Dirección del establecimiento público:

Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Actos de discriminación

¿Qué hizo la persona, compañía o negocio de la que usted se está quejando? Marque todas las casillas que correspondan.

- Negó servicio
- Negó alojamiento
- Negó adaptación razonable para una discapacidad
- Aplicó términos y condiciones diferentes para el servicio
- Otro _____

SE HA DEJADO INTENCIONALMENTE EN BLANCO ESTE ESPACIO DE LA PÁGINA

Discriminación por razones de discapacidad

Responda las preguntas de esta página **solamente** si usted está alegando discriminación por razones de **discapacidad**. Si no, pase a la siguiente página. Si le han diagnosticado médicamente una discapacidad física o mental, por favor adjunte copia del diagnóstico médico.

Marque todas las casillas que correspondan:

- Sí, soy una persona discapacitada.
- Actualmente no soy una persona discapacitada, pero lo era antes.
- No tengo discapacidad, pero la compañía, persona o negocio me trata como si fuera discapacitado(a).

¿Qué discapacidad(es) piensa usted que sea la razón para la acción adversa en su contra?

¿Cómo afecta esta discapacidad su habilidad para hablar, ocuparse de sus actividades diarias, dormir, comer, respirar, trabajar, escuchar y/o ver?

¿Toma usted medicamentos, usa equipos médicos o hace algo más para reducir o eliminar los síntomas de su discapacidad? Sí No

En caso afirmativo, ¿hasta qué punto se corrige su discapacidad o impedimento con los medicamentos o los dispositivos? _____

¿Tiene usted un animal de servicio? Sí No ¿De qué tipo (p.ej. perro)?

¿Qué servicio presta el animal? _____

¿Pidió usted cambios, asistencia o adaptación debido a su discapacidad (adaptación razonable)?

- Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo lo pidió? _____

¿Cómo lo pidió (verbalmente o por escrito)? _____

¿A quién se lo pidió? (Escriba el nombre completo y el cargo de la persona)

Describa los cambios, asistencia o adaptación que usted pidió: _____

¿Qué respuesta obtuvo para su petición de cambios, asistencia o adaptación? _____

SE HA DEJADO INTENCIONALMENTE EN BLANCO ESTE ESPACIO DE LA PÁGINA

Información adicional

Necesidades especiales - Necesito:

- a) Un traductor/intérprete (de ser así, ¿qué idioma?): _____
- b) Adaptación para una discapacidad: _____
- c) Otro: _____

Testigos - Las siguientes personas vieron o escucharon la discriminación y pueden actuar como testigos:

Nombre: _____ Cargo que ocupa: _____

Número de teléfono: _____ Relación conmigo: _____

¿Qué presenció esta persona?: _____

Nombre: _____ Cargo que ocupa: _____

Número de teléfono: _____ Relación conmigo: _____

¿Qué presenció esta persona?: _____

Detalles adicionales:

¿Reportó o se quejó usted de la discriminación con alguien más? (Si le contó a alguien más, hizo un informe o envió una carta acerca de la discriminación, por favor indique si acudió a un supervisor, administrador, el dueño de la compañía, oficina de recursos humanos, sindicato, proveedor de vivienda, la policía, etc.). _____

Fecha en que usted reportó o se quejó de la discriminación: _____

¿Cómo se quejó usted exactamente de la discriminación? (¿Con quién habló usted al respecto? ¿A quién le reportó el asunto o le presentó la queja formal por escrito o queja del sindicato? ¿Qué dijo usted?) _____

¿Qué ocurrió después de que usted se quejó? (¿Se investigó su queja? ¿Se tomó alguna medida en respuesta a su queja? ¿Acabó la discriminación? ¿Enfrentó usted represalias por quejarse?) _____

Si usted no reportó la discriminación, por favor explique el porqué: _____

Ejemplos de otras personas que fueron discriminadas de la misma manera que lo fue usted: *(Por ejemplo, personas que fueron acosadas por el mismo administrador, fueron amonestadas o despedidas por las mismas razones, no recibieron una adaptación por los mismos motivos, etc.) Si usted está presentando una queja por discriminación por razones de raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, estado civil, situación familiar o edad, por favor describa la raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, estado civil, situación familiar, edad, etc. de dichas personas.*

Ejemplos de otras personas que fueron tratadas mejor que usted: *(Por ejemplo, personas que no fueron despedidas por hacer lo mismo por lo que usted fue despedido(a), personas a las que se les permitió permanecer en la tienda cuando a usted le pidieron que se marchara, etc.). Si usted está presentando una queja por discriminación por razones de raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, estado civil, situación familiar o edad, por favor describa la raza, color, nacionalidad de origen, religión, sexo, identidad de género, orientación sexual, discapacidad, estado civil, situación familiar, edad, etc. de dichas personas.*

Acuerdo / Conciliación

Para resolver esta Queja, yo aceptaría: *(Por favor indique lo que desea que ocurra debido a esta queja. ¿Desea una carta de disculpas, regresar a su empleo, recuperar los salarios perdidos, fin del acoso, etc.?) Esta es una pregunta opcional; usted puede decidir no responderla.*

Si necesita más espacio, siga escribiendo en una hoja de papel aparte y adjúntela al Formulario de Queja.

LEGALIZACIÓN NOTARIAL DEL FORMULARIO DE QUEJA

Según la información contenida en este formulario, acuso al Demandado de práctica discriminatoria ilegal, en violación de la Ordenanza sobre derechos Humanos de la Ciudad de Miami Beach (2010-3669). Entiendo que la información de este Formulario de Queja será compartida, total o parcialmente, con el Demandado.

No he presentado otra acción civil, ni tengo una acción pendiente ante alguna agencia administrativa, bajo leyes estatales o locales, basada en esta misma práctica discriminatoria ilegal.

Juro o afirmo bajo pena de perjurio que soy el Demandante en este documento; que he leído (o alguien me la leído) la queja anterior y conozco el contenido de la misma; y que lo anterior es fiel y exacto, según mi conocimiento, información y creencia actual.

Firme con su nombre legal completo

Fecha: _____

ESTADO DE _____

CONDADO DE _____

Jurado (o afirmado) y suscrito ante mí el día ____ de ____ de 20____, por _____.

Firma del Notario Público – Estado de la Florida

(SELLO DEL NOTARIO)

impreso o sellado

Nombre del notario escrito en letra de molde,

Lo conozco personalmente _____ O presentó identificación _____

Tipo de identificación presentada _____