

**Comisión de Derechos Humanos del Condado de Westchester**  
**112 East Post Road, Tercer Piso**  
**White Plains, N.Y. 10601**

**Tel: (914) 995-7710**  
**Fax: (914) 995-7720**

### **CUESTIONARIO INICIAL**

Para ayudarnos a entender su situación, por favor complete este Cuestionario Inicial.

Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
(Primer) (Inicial del Segundo) (Apellido Paterno)

Dirección (No. y Calle) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono del Hogar \_\_\_\_\_ Teléfono Celular \_\_\_\_\_ Teléfono del Trabajo \_\_\_\_\_

Hombre  Mujer  Transgénero

#### **YO CREO QUE ME DISCRIMINARON EN:**

El Empleo  Lugares Públicos  La Vivienda  El Crédito  Otro (Especifique: \_\_\_\_\_)

#### **A CAUSA DE MI:**

Raza (Especifique: \_\_\_\_\_)  Color (Especifique: \_\_\_\_\_)  Etnicidad (Especifique: \_\_\_\_\_)

Religión (Especifique: \_\_\_\_\_)  Credo (Especifique: \_\_\_\_\_)

País de Origen (Especifique: \_\_\_\_\_)  Condición Migratoria

Género  Orientación Sexual  Condición Familiar  Condición Matrimonial

Violencia Doméstica  Abuso Sexual  Acecho  Acoso Sexual

Edad (Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_)

Incapacidad Física/ Mental

#### **FUI NEGADO LAS MISMAS OPORTUNIDADES O FUI TRATADO DE MANERA DIFERENTE A LOS DEMÁS EN LO SIGUIENTE (Por favor marque todos los que apliquen)**

Ser Contratado  Despedido  Beneficios  Pago  Promoción  Condiciones de Trabajo

Préstamo  Crédito  Venta  Renta  Otro: (Describa Brevemente: \_\_\_\_\_)

**¿LA FECHA O FECHAS DE LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN?** \_\_\_\_\_

**YO QUIERO HACER UN RECLAMO EN CONTRA DE:**

La Compañía o El Jefe de Empleo     El Sindicato     La Agencia de Empleo     Otro (Especifique: \_\_\_\_\_)  
Nombre de la Persona u Organización \_\_\_\_\_ No. Tel. \_\_\_\_\_  
¿Con quién debemos comunicarnos? \_\_\_\_\_ Titulo o Posición (ej. Dueño/Presidente/Gerente de Personal) \_\_\_\_\_  
Dirección:

---

Calle	Ciudad	Estado	Código Postal
-------	--------	--------	---------------

---

**SI ES RELACIONADO AL EMPLEO:**

Número aproximado de personas que trabajan para esa compañía \_\_\_\_\_  
¿Trabaja usted actualmente para esa compañía? \_\_\_\_\_  
¿Cuándo empezó a trabajar allí? \_\_\_\_\_ Posición Actual \_\_\_\_\_  
O, yo trabajé como \_\_\_\_\_ (posición) hasta \_\_\_\_\_ (fecha), cuando \_\_\_\_\_ (me dieron 'layoff', me despidieron, yo renuncié, etc.)  
Si no trabaja, yo apliqué para el puesto de \_\_\_\_\_ (posición) el \_\_\_\_\_ (fecha.)

---

**¿HA HECHO UN RECLAMO POR MEDIO DE ESTA OFICINA ALGUNA VEZ?**  Sí  No

**Si Afirmativo**, ¿Contra quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un abogado?  No  Sí Nombre \_\_\_\_\_

¿Hay algún sindicato donde usted trabaja?  Sí  No

Si lo hay, ¿les ha hecho saber de este asunto?  Sí  No

Resumen de los detalles con nombres y fechas, etc.

---

---

---

---

---

---

**Firma de la Persona Que Reclama:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_\_