



**CIUDAD DE TAMPA  
OFICINA DE DERECHOS HUMANOS**

Nombre (funcionario que recibe)

**CUESTIONARIO SOBRE VIVIENDA**

Por favor conteste a las siguientes preguntas, informándonos por qué piensa que ha sido discriminado en una situación de vivienda. Después que el formulario lleno haya sido recibido, un funcionario de la División de Asuntos Comunitarios se pondrá en contacto con usted.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_  
(Primer nombre) (Segundo nombre o inicial) (Apellido)

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: (Incluya el código de área) \_\_\_\_\_  
CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_ CONDADO: \_\_\_\_\_ FECHA DE NACIMIENTO: \_\_\_\_\_

Indique el nombre de una persona en una dirección distinta que sepa cómo comunicarse con usted y que viva en su área local.

NOMBRE: \_\_\_\_\_ RELACIÓN: \_\_\_\_\_ TELÉFONO: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

**Creo que fui discriminado por: (Marque los que correspondan)**

- ARRENDADOR     AGENCIA DE BIENES RAÍCES     PROPIETARIO     BANCO     OTRO (Especifique) \_\_\_\_\_

Nota: Si es propiedad de alquiler, indique el número de unidades/edificios: \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

COMPAÑÍA: \_\_\_\_\_  
DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_  
CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_  
NÚMERO DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_

**¿CUÁL FUE LA FECHA MÁS RECENTE EN QUE EL DAÑO QUE USTED ALEGA TUVO LUGAR? \_\_\_\_\_**

Indique brevemente, qué acción se tomó contra usted que piensa fue discriminatoria. ¿Qué daño, si lo hay, fue causado a usted u otras personas en su situación de vivienda como resultado de dicha acción? Estos son algunos ejemplos: ¿Se le rechazó una oportunidad para alquilar o comprar vivienda? ¿Se le rechazó un préstamo? ¿Se le trató de manera diferente que a otras personas al buscar vivienda?

**¿Por qué cree que se tomó esta acción contra usted? Es ilegal negarle sus derechos de vivienda por cualquiera de las siguientes bases: raza, color, religión, origen nacional, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, edad, discapacidad, situación familiar (familias con hijos menores de 18 años) o estado civil (si necesita más espacio, anexe hojas adicionales).**

**Normalmente, su identidad como Demandante será revelada a la organización que supuestamente discriminó contra usted.**

¿Usted  Autoriza  No autoriza dicha revelación?

**¿Ha solicitado ayuda a una agencia, su sindicato, un abogado o cualquier otra fuente por la acción que cree fue discriminatoria?**

No  Sí  (Si respondió "Sí" complete a continuación)

NOMBRE DE LA FUENTE DE AYUDA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RESULTADOS, SI LOS HAY: \_\_\_\_\_

**¿Ha presentado una queja sobre la acción que cree fue discriminatoria ante otra agencia anti-discriminatoria del gobierno federal, estatal o local?**

No  Sí  (Si respondió "Sí" complete a continuación)

NOMBRE DE LA FUENTE DE AYUDA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

RESULTADOS, SI LOS HAY: \_\_\_\_\_

**¿Ha presentado una Acusación con HUD por vivienda en el pasado?  No  Sí (Si respondió "Sí" complete a continuación)**

FECHA CUANDO LA PRESENTÓ

ORGANIZACIÓN ACUSADA

NÚMERO DEL CASO (SI SE CONOCE)

**Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta.**

FIRMA:

FECHA:

**DECLARACIÓN DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Este formulario está cubierto por la Ley de Privacidad de 1974; Ley Pública 93-579.**

**DECLARACION DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Este formulario está cubierto por la Ley de Privacidad de 1974; Ley Pública 93-579.**

Llenar y traer, o enviarnos este cuestionario no significa que ha presentado una acusación. Este cuestionario nos ayudará a evaluar su situación y determinar si podría estar cubierto por las leyes que aplicamos. Recomendamos que llene el cuestionario y lo traiga para hablar sobre su situación. También puede enviarlo por correo o fax al (813) 274-7941 (Atencion Oficina de Derechos Humanos). Una vez que hayamos recibido su cuestionario lleno, una persona de nuestra oficina se pondrá en contacto con usted por correo postal o teléfono dentro de los siguientes 30 días. Si no lo contactamos en 30 días, llámenos al (813) 274-5835. Tenga en cuenta que hay plazos de tiempo para presentar una acusación, por lo general, 180 días; o en algunas jurisdicciones, un (1) año a partir del perjuicio alegado.

Dirección Postal: 306 E. Jackson St., FLR 3N, Tampa, FL 33602

Si necesita una adaptación para poder llenar el cuestionario, conforme a la Ley de Ciudadanos Americanos con Discapacidades, llame al (813) 274-5835.