



**Ciudad de Tampa
Oficina de Derechos Humanos**

CUESTIONARIO SOBRE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS

Número de caso No. P.A.	Nombre (funcionario que recibe)	Fecha presentado
Persona que presenta la queja		
Sra.	Sr.	Srta.
Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal
Número de teléfono <i>(Incluya el código de área)</i>		Número de teléfono <i>(Incluya el código de área)</i>

Deseo presentar una queja contra (hotel, restaurante, teatro, tienda, servicio de transporte, hospital u otro lugar de servicios al público)

Nombre			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal
Bases: <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Religión <input type="checkbox"/> Origen nacional <input type="checkbox"/> Sexo <input type="checkbox"/> Orientación sexual <input type="checkbox"/> Identidad o expresión de género <input type="checkbox"/> Edad <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Situación familiar (familias con hijos menores de 18 años) <input type="checkbox"/> Estado civil			

Fecha más reciente en que está acción tuvo lugar:

Indique brevemente, qué acción se tomó contra usted y por qué piensa que fue discriminatoria. ¿Qué

hay, fue causado a usted u otras personas en su situación como resultado de dicha acción?

(Si necesita más espacio, anexe hojas adicionales)

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

FIRMA: _____ FECHA: _____

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.