



CUESTIONARIO DE OHR - CENTRO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO

Campos obligatorios

1. DEMANDANTE

*Fecha de hoy:	*Nombre:	Nombre preferido:
----------------	----------	-------------------

*Dirección:	*Ciudad/Estado/Código postal:
-------------	-------------------------------

Correo electrónico: _____	* ¿En qué idioma prefiere comunicarse?
*Tel. casa _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Américo <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Coreano
Tel. trabajo _____	<input type="checkbox"/> Francés <input type="checkbox"/> Otros (Indique) _____

SI TIENE REPRESENTACIÓN LEGAL DE UN ABOGADO, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN:

Nombre y apellidos _____ Teléfono/Fax: _____
Dirección electrónica _____ Correo electrónico _____

*Nota: Si usted está representado por un abogado o contrata a un abogado antes de la entrevista de admisión programada, el abogado debe (1) estar presente con usted durante la entrevista de admisión, o (2) retirarse de la entrevista enviando una carta a la oficina indicando que la entrevista puede tener lugar sin su representación.

¿Necesita alguna adaptación razonable? En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Necesita interpretación en algún idioma? En caso afirmativo, ¿en qué idioma? _____

2. DEMANDADO

Nombre de la empresa u organización:	*Tipo de Establecimiento:
--------------------------------------	---------------------------

Nombre y cargo del directivo principal (es decir, presidente, propietario, director de Recursos Humanos):	<input type="checkbox"/> Residencia de ancianos
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------

Dirección	Ciudad/Estado/Código postal	<input type="checkbox"/> Residencia de vida asistida
-----------	-----------------------------	------------------------------------------------------

Tel:	Fax	Dirección de correo electrónico:	<input type="checkbox"/> Residencia comunitaria
------	-----	----------------------------------	-------------------------------------------------

3. FUNDAMENTO DE LA DEMANDA

El fundamento es una de las categorías enumeradas a continuación a la que usted pertenece y cree que se le ha tratado de forma diferente porque pertenece o se percibe que pertenece a esa categoría.

*Siente que ha sido discriminado por su condición real o percibida: (marque la casilla correspondiente).

Orientación sexual Identidad o expresión de género Condición de VIH

4. JURISDICCIÓN

*Marque todo lo que corresponda:

La presunta infracción se produjo en el Distrito de Columbia.
 La presunta infracción se produjo 365 días o menos con anterioridad a la fecha de hoy.
 No ha iniciado ninguna otra acción, civil, penal o administrativa en ningún otro foro basada en la misma práctica discriminatoria ilegal descrita en el presente documento.

5. MOTIVO PARA LA DEMANDA

*¿Qué acción se llevó a cabo que le hizo sentir que le trataban de forma diferente?

<input type="checkbox"/> Admisión denegada	<input type="checkbox"/> Política de identificación discriminatoria	<input type="checkbox"/> Denegación de atención médica o no médica
<input type="checkbox"/> Denegación de traslado o traslado forzoso	<input type="checkbox"/> Uso indebido de pronombres	<input type="checkbox"/> Personal no esencial presente durante el examen físico
<input type="checkbox"/> Despido o desahucio discriminatorio	<input type="checkbox"/> Denegación del derecho a la intimidad o a la libre asociación	<input type="checkbox"/> Falta de barreras visuales que proporcionen intimidad
<input type="checkbox"/> Solicitud de habitación compartida denegada	<input type="checkbox"/> Negación de ropa acorde con el género, accesorios o cosméticos	<input type="checkbox"/> Se le niega el derecho a rechazar ser examinado, observado o recibir tratamiento
<input type="checkbox"/> Asignación discriminatoria de habitaciones		

5. MOTIVO PARA LA DEMANDA (cont.)

*Fecha del supuesto incidente: _____

Persona que le discriminó (si se conoce):

Nombre y apellidos: _____ Título: _____

¿En qué se diferencia esta persona de usted? (es decir, ¿cuál es el fundamento protegido de esta persona? Consulte la lista completa de fundamentos en la Sección 3).

¿Ha intentado resolver este asunto con el Demandado? En caso afirmativo, describa con quién habló y la respuesta que recibió usted:

***6. SU DENUNCIA**

Describe detalladamente el incidente o incidentes que le llevaron a presentar una denuncia por discriminación. Indique las fechas y los nombres de las personas que le discriminaron.

La presentación del cuestionario de OHR constituye la fecha de presentación para los efectos de prescripción. Un cuestionario de OHR completo y presentado satisface los requisitos de 4DCMR 705.4, 705.5

Envíe este formulario por correo electrónico a ohr.intake@dc.gov, o a 441 4th Street NW, Suite 570N, Washington DC, 20001.

La Oficina de Derechos Humanos del Distrito de Columbia se creó para erradicar la discriminación, aumentar la igualdad de oportunidades y proteger los derechos humanos de las personas que residen, trabajan o visitan el Distrito de Columbia. La recepción de este formulario de demanda por la Oficina de Derechos Humanos dará lugar a una entrevista de admisión.

*Firma de la parte potencialmente acusadora
(escriba el nombre completo)

*Fecha