

## CUESTIONARIO DE ADMISIÓN DE UN CASO SOBRE SERVICIOS PÚBLICOS ESPECIALES

**LLENAR ESTE FORMULARIO NO CONSTITUYE LA PRESENTACIÓN DE UNA ACUSACIÓN DE DISCRIMINACIÓN.**

\* Los espacios obligatorios aparecen marcados con un asterisco

### 1. INFORMACIÓN DEL DENUNCIANTE

* Fecha de hoy: _____	* Nombre: _____
-----------------------	-----------------

*Dirección: _____	*Ciudad/estado/código postal: _____
-------------------	-------------------------------------

Correo electrónico: _____	*¿Necesita ayuda en su idioma? De ser así, ¿en cuál?
*Tel. de casa: _____	Inglés                                      Francés                                      Vietnamita
Tel. del trabajo: _____	Amárico                                      Coreano                                      Otro: _____
	Chino    Español

**Si lo está representando un abogado, por favor proporcione la siguiente información:**

Nombre del abogado: \_\_\_\_\_ Teléfono/Fax: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Por favor, tome en cuenta que si lo está representando un abogado o si contrata uno antes de su cita para la entrevista de admisión, dicho abogado debe, ya sea 1) estar presente con usted por la duración de su entrevista de Admisión, o 2) desistir de su comparecencia enviando una carta a la Oficina en la que indique que la entrevista puede celebrarse sin su representación.

¿Necesita algún servicio o adaptación especial razonable? De ser así, por favor explique: \_\_\_\_\_

¿Necesita servicios de interpretación en su idioma? De ser así, ¿en cuál? \_\_\_\_\_

### 2. INFORMACIÓN DEL DENUNCIADO

Nombre de la empresa u organización: \_\_\_\_\_

Nombre y título del representante principal (es decir, presidente, dueño, gerente de Recursos Humanos): \_\_\_\_\_

Dirección: _____	Ciudad/estado/código postal:: _____
------------------	-------------------------------------

Teléfono: _____	Fax: _____	Dirección de correo electrónico: _____
-----------------	------------	--

### 3. FONDO DE LA DENUNCIA

El fondo es la categoría a la que usted pertenece o se percibió que pertenece y por la cual fue presuntamente tratado diferente.

\*Usted siente que fue discriminado por su (por favor, marque la casilla o las casillas que correspondan):

Raza	Discapacidad	Apariencia personal
Afiliación política	Religión	Responsabilidades familiares
Nacionalidad	Edad	Identidad o expresión de género
Género	Información genética	Color de piel
Orientación sexual	Estado civil	Matriculación
Estado familiar	Lugar de residencia o domicilio social	

### 4. JURISDICCIÓN

\*Por favor, marque todas las casillas que correspondan:

La presunta contravención ocurrió en el Distrito de Columbia.

La presunta contravención ocurrió hace menos de 365 días de la fecha actual.

Usted no ha emprendido ninguna otra acción civil, penal o administrativa ante ningún otro foro, fundada en la misma práctica discriminatoria que aquí se describe.

## 5. INFORMACIÓN SOBRE LOS SERVICIOS PÚBLICOS ESPECIALES

\*¿Qué medida se tomó que lo hizo sentir que estaban tratándolo de manera diferente?

No se hizo ninguna adaptación  
(observando su religión o discapacidad)

Denegación del servicio

Ambiente hostil

Otra: \_\_\_\_\_

\* Fecha del presunto incidente: \_\_\_\_\_ Servicio que solicitó: \_\_\_\_\_

Persona que denegó su solicitud de servicio (si sabe quién es):

Nombre: \_\_\_\_\_ Título: \_\_\_\_\_

¿Cómo es esta persona diferente de usted? (es decir, ¿cuál es la categoría protegida de esta persona? Vea la lista completa de categorías en la Sección 3).

¿Ha tratado de resolver esta cuestión con el Denunciado? De ser así, por favor describa con quién habló y su respuesta:

## \*6. SU DENUNCIA

Describa en detalle el incidente o los incidentes que lo llevaron a presentar una denuncia de discriminación. Por favor, anote las fechas, así como el nombre o los nombres de las personas que lo discriminaron al negarle servicios educativos. Si ésta es una denuncia por discapacidad, por favor especifique si se solicitó algún servicio o adaptación especiales, la persona a la que se dirigió la solicitud y la fecha en la que se notificó al Denunciado de su discapacidad.

## 7. INFORMACIÓN SOBRE LAS REFERENCIAS

¿Cómo supo sobre la Oficina de Derechos Humanos del Distrito de Columbia? (marque todas las casillas que correspondan)

Un familiar, un amigo o un conocido  
La OHR en las redes sociales (Facebook, Twitter, etc.)  
Un evento o una capacitación  
Las noticias (prensa, radio, televisión o internet)  
Otro medio: \_\_\_\_\_

El Gobierno del Distrito de Columbia o marcando el 311  
Publicidad de la OHR  
Una organización comunitaria o sin fines de lucro: \_\_\_\_\_

El portal de la OHR o un motor de búsqueda  
Un folleto o volante de la OHR  
Un abogado o despacho de ayuda legal:  
\_\_\_\_\_

**REMITIR ESTE CUESTIONARIO DE ADMISIÓN NO CONSTITUYE LA PRESENTACIÓN DE UNA ACUSACIÓN.**

Por favor, devuelva este formulario por correo o en persona a: 441 4<sup>th</sup> Street NW, Suite 570N, Washington DC, 20001.

La Oficina de Derechos Humanos del Distrito de Columbia (OHR, por sus siglas en inglés) se estableció con el fin de erradicar la discriminación, mejorar la igualdad de oportunidades y proteger los derechos humanos de las personas que viven, trabajan o están de visita en el Distrito de Columbia. El recibo de este formulario de denuncia por parte de la OHR llevará a una entrevista de admisión.

\_\_\_\_\_  
\* Firma de la potencial parte acusadora

\_\_\_\_\_  
\*Fecha