

CÁC CÂU HỎI GHI NHẬN VỀ NHÀ Ở/MẶT BẰNG THƯƠNG MẠI

ĐIỀN MẪU NÀY KHÔNG CÓ NGHĨA LÀ NẠP MỘT TỜ GIÁC VỀ KỶ THỊ.
***Dấu này có nghĩa là bắt buộc phải trả lời**

1. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI KHIẾU NẠI

*Ngày hôm nay: _____	*Họ tên: _____
*Địa chỉ: _____	*Thành phố/Tiểu bang/Zip: _____
Email: _____	*Bạn có cần giúp đỡ về ngôn ngữ? Nếu cần, xin cho biết tiếng nào?
*Điện thoại nhà: _____	<input type="checkbox"/> Anh <input type="checkbox"/> Pháp <input type="checkbox"/> Việt
Điện thoại sở: _____	<input type="checkbox"/> Ả-rập <input type="checkbox"/> Hàn <input type="checkbox"/> Tiếng khác: _____
<input type="checkbox"/> Hoa <input type="checkbox"/> Tây Ban Nha	
Nếu có luật sư đại diện, xin cho biết các thông tin sau:	
Tên luật sư: _____	Điện thoại/Fax: _____
Địa chỉ: _____	Email: _____
Xin lưu ý: Nếu bạn có luật sư đại diện trong buổi phỏng vấn hoặc có nhờ luật sư trước buổi phỏng vấn, luật sư phải (1) hoặc là có mặt cùng với bệnh nhân trong buổi phỏng vấn, hoặc là (2) không cần có mặt trong buổi phỏng vấn nhưng nộp một thư báo cho chúng tôi biết cứ phỏng vấn mà không cần luật sư có mặt.	
Bạn có cần một sự thích nghi hợp lý? Nếu cần, xin cho biết loại thích nghi nào:	

Bạn có cần thông dịch? Nếu cần, xin cho biết tiếng nào? _____	

2. THÔNG TIN VỀ NGƯỜI TRẢ LỜI

Người kỳ thị bạn là:	<input type="checkbox"/> Người chủ <input type="checkbox"/> Quản lý bất động sản <input type="checkbox"/> Đại lý cho thuê <input type="checkbox"/> Người bảo trì <input type="checkbox"/> Người khác, kể ra: _____
Địa điểm xảy ra kỳ thị:	<input type="checkbox"/> Khu Apartment <input type="checkbox"/> Khu Condo <input type="checkbox"/> Hợp tác xã <input type="checkbox"/> Nhà độc lập /Duplex
Địa chỉ bất động sản: _____	Ngày xảy ra vụ việc: _____
Tên của cơ sở (bao gồm công ty quản lý):	Tên và chức danh của Đại lý, Realtor hay Nhà môi giới:
Địa chỉ:	Thành phố/Tiểu bang/Zip:
Số Điện thoại/Fax:	Địa chỉ E-mail:

3. VẤN ĐỀ KHIẾU NẠI

*Hành động nào đã làm khiến bạn cảm thấy bị đối xử khác đi (xin ghi vào ô hoặc những ô thấy hợp)?	
<input type="checkbox"/> Không chịu cho thuê hoặc bán	<input type="checkbox"/> Trình bày sai lạc về sự có sẵn
<input type="checkbox"/> Thời hạn, Điều kiện, Dịch vụ và Phương tiện mang tính kỳ thị	<input type="checkbox"/> Quy định về tài trợ, cho vay mang tính kỳ thị
<input type="checkbox"/> Không chịu thích nghi (ví dụ, Khuyết tật)	<input type="checkbox"/> Trả thù, Gây tổn, Hù dọa hoặc Ép buộc
<input type="checkbox"/> Quảng cáo, Tuyên bố hoặc thông báo mang tính kỳ thị	<input type="checkbox"/> Hành động khác:

4. CƠ SỞ ĐỂ KHIẾU NẠI

Cơ sở có nghĩa là thành phần mà bạn thuộc về hoặc bạn cho là thuộc về, và vì lý do này bạn cho là đã bị đối xử khác với những người khác.

***Bạn có nghĩ rằng bạn bị kỳ thị vì (xin đánh dấu vào một ô hoặc những ô khớp với trường hợp của bạn):**

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Chủng tộc | <input type="checkbox"/> Khuyết tật | <input type="checkbox"/> Ngoại hình cá nhân |
| <input type="checkbox"/> Liên kết chính trị | <input type="checkbox"/> Tôn giáo | <input type="checkbox"/> Trách nhiệm gia đình |
| <input type="checkbox"/> Nguồn gốc quốc gia | <input type="checkbox"/> Tuổi tác | <input type="checkbox"/> Nhận dạng hoặc biểu lộ giới tính |
| <input type="checkbox"/> Giới tính | <input type="checkbox"/> Thông tin di truyền | <input type="checkbox"/> Màu da |
| <input type="checkbox"/> Xu hướng tình dục | <input type="checkbox"/> Tình trạng hôn nhân | <input type="checkbox"/> Nguồn thu nhập |
| <input type="checkbox"/> Chỗ ở hoặc chỗ kinh doanh | <input type="checkbox"/> Tình trạng gia đình | <input type="checkbox"/> Nạn nhân của một hành vi xúc phạm trong gia đình |

5. THẨM QUYỀN PHÁN XÉT

***Xin đánh dấu tất cả những gì thấy đúng:**

- Vi phạm bị tố giác xảy ra tại Washington DC.
- Vi phạm bị tố giác xảy ra trong vòng 365 ngày tính từ ngày hôm nay.
- Bạn chưa có hành động nào về dân sự, hình sự, hoặc hành chính tại bất kỳ nơi đâu dựa trên cùng một cách kỳ thị được mô tả ở đây.

6. CÁC NGƯỜI LÀM CHỨNG

Kể ra người bạn nghĩ rằng có thể xác nhận kinh nghiệm của bạn và trung bằng chứng để ủng hộ bạn.

Tên: _____	Tên: _____	Tên: _____
Email: _____	Email: _____	Email: _____
Điện thoại: _____	Điện thoại: _____	Điện thoại: _____

*7. KHIẾU NẠI CỦA BẠN

Mô tả chi tiết (những) sự cố khiến bạn khiếu nại bị kỳ thị. Xin liệt kê các ngày cũng như (các) tên của (những) người kỳ thị bạn khi từ chối các dịch vụ giáo dục. Nếu đây là một khiếu nại dựa trên khuyết tật, xin nói cụ thể đã có yêu cầu một sự thích nghi hay không; người nhận được yêu cầu và ngày mà Người trả lời được thông báo về tình trạng khuyết tật của bạn.

8. THÔNG TIN VỀ CÁCH NỐI KẾT

Do đâu bạn biết về Sở Nhân quyền của Washington DC (đánh dấu tất cả các ô thấy đúng)?

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gia đình, bạn bè hoặc Người quen | <input type="checkbox"/> Chính quyền DC hoặc số điện thoại 311 | <input type="checkbox"/> Trang mạng của OHR hoặc công cụ truy tìm trên mạng |
| <input type="checkbox"/> Các trang mạng xã hội OHR (Facebook, Twitter...) | <input type="checkbox"/> Quảng cáo của Sở Nhân quyền OHR | <input type="checkbox"/> Tài liệu hoặc tờ rơi của OHR |
| <input type="checkbox"/> Sự kiện hoặc Huấn luyện | <input type="checkbox"/> Nhà cho vay hoặc Realtor | <input type="checkbox"/> Bộ Gia cư và Phát triển Đô thị Hoa Kỳ (HUD) |
| <input type="checkbox"/> Tin tức (báo giấy, đài, TV hoặc trang mạng) | <input type="checkbox"/> Hội người thuê nhà hoặc cơ quan cấp nhà | <input type="checkbox"/> Luật sư hoặc tổ chức giúp đỡ pháp luật, tên tổ chức: _____ |
| <input type="checkbox"/> Nhóm bệnh vực quyền về nhà ở, tên nhóm: _____ | <input type="checkbox"/> Tổ chức cộng đồng hoặc phi lợi nhuận, tên tổ chức: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Ngoài những chỗ kể trên, xin kể ra: _____ | | |

NẠP CÁC CÂU TRẢ LỜI NÀY KHÔNG CÓ NGHĨA LÀ NẠP MỘT TỐ GIÁC VỀ KỶ THỊ.

Xin chuyển mẫu này bằng bưu điện hay bằng tay về: 441 4th Street NW, Suite 570N, Washington DC, 20001.

Sở Nhân quyền Washington DC (OHR) được lập ra để loại bỏ kỳ thị, củng cố nguyên tắc cơ hội bình đẳng và bảo vệ nhân quyền cho người sống, lao động, hoặc ghé thăm Washington DC. Khi OHR nhận được mẫu này, họ sẽ tổ chức một cuộc phỏng vấn để nghe lời khai.

*Chữ ký của bên có thể tố giác

*Ngày