

**COMISION DE DERECHOS HUMANOS DE IOWA CITY**  
**FORMULARIO DE RECLAMACIONES**  
**Reclamación por Discriminación bajo el Código del Título 2 de la Ciudad**

**Importante: éste formulario está influido por el Acto de Privacidad de 1974**  
**NUMERO(S) de CARGO (SOLAMENTE PARA USO DE LA AGENCIA)**

Nº de Comisión Local \_\_\_\_\_ Nº de ICRC CP \_\_\_\_\_ Nº de Comisión de Oportunidad  
Igualdad el Trabajo \_\_\_\_\_

**Iowa City Human Rights Commission**  
**City of Iowa City**  
**410 East Washington Street**  
**Iowa City, Iowa 52240**

NOTA: POR FAVOR, ESCRIBA CON LETRA CLARA (Con pluma solamente)

1. ¿Cuál es su nombre legal? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuál es su dirección? \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

3. Número telefónico: ( ) \_\_\_\_\_

4. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Raza: \_\_\_\_\_ Origen Nacional (ascendencia): \_\_\_\_\_

5. ¿Cuál es la razón/razones por la que usted se siente que ha sido discriminado(a)? (Porfavor marque todas las que puedan aplicar)

- |   |  |  |  |
|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Edad               | <input type="checkbox"/> Discapacidad Fisica | <input type="checkbox"/> Color               | <input type="checkbox"/> Identidad Género  |
| <input type="checkbox"/> Raza               | <input type="checkbox"/> Religión            | <input type="checkbox"/> Religión            | <input type="checkbox"/> La Causa Adicional<br>*Para el comprador y<br>el inquilino de<br>propiedad solamente: |
| <input type="checkbox"/> Estado Marital     | <input type="checkbox"/> Sexo                | <input type="checkbox"/> Discapacidad Mental | <input type="checkbox"/> Estado Familiar   |
| <input type="checkbox"/> Origen Nacional    | <input type="checkbox"/> Represalia*         |  | <input type="checkbox"/> Presencia ó<br>Ausencia de<br>Dependientes  |
| <input type="checkbox"/> Orientación Sexual |  |  | <input type="checkbox"/> Fuente de<br>Ingresos Publica   |

\* Por haber tenido una queja anteriormente ó me opuse a una práctica discriminatoria.

6. Por favor marque el AREA en la cuál la discriminación ocurrió.

- Crédito                       Educación                       Vivienda  
 Empleo                       Acomodaciones Públicas

7. ¿Cuál es el NOMBRE COMPLETO de el negocio ó compañía que lo(a) discriminó?

¿Cuál es la dirección de la compañía?

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: IOWA      Código Postal: \_\_\_\_\_

Condado: \_\_\_\_\_      Número Telefónico: (    ) - \_\_\_\_\_

8. ¿Cuál es el nombre de la persona que lo(a) discriminó?

9. ¿Qué hace ese negocio/compañía?

10. Si la compañía nombrada en la # 7 pertenece a otra compañía, cuál es el NOMBRE COMPLETO de la compañía propietaria? (Oficina Principal de la compañía enlistada en la #7)

¿Cuál es la dirección de la compañía? \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número Telefónico: (    ) - \_\_\_\_\_

11. Da aproximadamente el número total de empleados de medio tiempo y tiempo complete en todas las locaciones del empleador (**MUY IMPORTANTE**):

- 1-3       4-14       15-19       20-100       101-200       201-500       500+

12. ¿Ha archivado esta queja con cualquier otra Agencia Antidiscriminatoria Federal, Estatal, ó Local?

- Si       No

Si lo ha hecho, ¿con qué agencia?

¿En qué fecha lo archivó ?

13. Si esta queja puede ser archivada por las dos partes con la Comisión de Oportunidad de Igualdad de Empleo ("Equal Employment Opportunity Commission"), la Comisión de Derechos Civiles de Iowa lo consentirá, a menos que usted lo indique por escrito: "No lo archiven por las dos partes."

14. Identifique a la persona de la compañía quien lo(a) discriminó

Nombre: \_\_\_\_\_

Título/Posición: \_\_\_\_\_

15. Si usted está sufriendo acoso debido a esta reclamación, ¿quien lo(a) ha acosado?

Nombre: \_\_\_\_\_

Título/Posición: \_\_\_\_\_

16. ¿Cuál fue la última fecha en que algo discriminatorio le pasó a usted?

¿Qué pasó en esa fecha?

**Por favor rellene los detalles de su queja a bajo.**

**Asegúrese de explicar el porqué usted siente que fue discriminado(a).**

Yo certifico bajo pena de perjurio y según las leyes de la Ciudad de Iowa City, el Estado de Iowa y las leyes de los Estados Unidos Americanos que los cargos anteriormente explicados son verdad y correctos.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Reclamante

Fecha \_\_\_\_\_

Suscrito y jurado antes de mi por \_\_\_\_\_ en este \_\_\_\_\_ día  
\_\_\_\_\_, del 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público en y por el Estado de Iowa

La Comisión Termina: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que hizo la entrada \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ (extensión directa)