



Condado de Prince William COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS

(703) 792-4680

www.pwcgov.org/humanrights

CUESTIONARIO INICIAL

1. Fundamento de la Querella (Marque únicamente aquellos que aplican)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Raza _____ | <input type="checkbox"/> Incapacidad |
| <input type="checkbox"/> Color _____ | <input type="checkbox"/> Información Genética |
| <input type="checkbox"/> Sexo _____ <input type="checkbox"/> Embarazo | <input type="checkbox"/> Represalia |
| <input type="checkbox"/> Origen Nacional _____ | <input type="checkbox"/> Edad (40+) nacimiento: ____/____/____ |
| <input type="checkbox"/> Religión _____ | <input type="checkbox"/> Estado Civil |
| <input type="checkbox"/> Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Otro | <input type="checkbox"/> Estado Familiar – sólo en vivienda |
| <input type="checkbox"/> Orientación Sexual | <input type="checkbox"/> Estatus como Veterano |
| <input type="checkbox"/> Identidad de Género | |

2. Tipo de Querella

(Marque la casilla que indica de qué se trata su queja)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Servicios de Crédito |
| <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Educación |
| <input type="checkbox"/> Acomodos Públicos | |

3. Naturaleza de la Querella

(Por ejemplo: despido, acoso, negación de servicio, etc.)

4. Querellante/Demandante

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono (Cel) _____

(Casa) _____

(Trabajo) _____

Correo Electrónico _____

Solo en Casos de Empleo:

5. Posición _____

Salario: \$ _____

Fechas de empleo:

Desde _____ Hasta _____

¿Si usted no es el querellante, Cual es su relación?

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono (Cel) _____

(Casa) _____

(Trabajo) _____

Correo Electrónico _____

Relación con el querellante:

Representante

6. Querellado/Demandado

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

Número de Empleados: Mas de 6 Menos de 6

7. Relación con el Querellado

- | | | |
|---|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado | <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Deudor |
| <input type="checkbox"/> Visitante/Cliente/Invitado | <input type="checkbox"/> Inquilino | <input type="checkbox"/> Representante |

11. ¿Por qué usted cree que ha sido discriminado?

12. Identifique los nombres e información de contacto de los testigos que puedan apoyar sus alegaciones.

Nombre	Contacto (Dirección y Teléfono)

* Haga un breve resumen de lo que cada testigo va a declarar.

13. ¿Qué remedio está solicitando para resolver esta querella?

14. ¿Alguna vez ha presentado cargos ante la EEOC, el Departamento de Justicia o cualquier otra agencia por esta misma queja?

Si No Fecha: _____

15. Identifique una persona en una dirección diferente a la suya que se pueda comunicar con usted.

Nombre _____

Dirección _____

Teléfono _____

IMPORTANTE: La información que proporcione es confidencial. El Querellado no será notificado hasta que usted formalice una querella.



Envíe a:

**Prince William County
Human Rights Commission
15941 Donald Curtis Drive, Suite 125
Woodbridge, VA 22191-4256**

www.pwcgov.org/humanrights

**Teléfono: (703) 792-4680
Número de Fax: (703) 792-6944**