

Instrucciones de Forma de Información de la Discriminación de Hogares

Instrucciones: Lea esta forma cuidadosamente. Contesta toda pregunta al menos que usted piensa que no le aplica entonces escriba N/A en el espacio proporcionado para las preguntas. Todas preguntas marcadas con un asterisco (*) tiene que ser respondido. Si alguna pregunta no le tiene respuesta se tardara mas para procesarla en su investigacion. Su forma tiene que ser firmada y con fecha. Falta de firma y fechas tambien le retrasa el proceso de la investigacion.

La forma nesesito ser enviado a Texas Workforce Commission
Civil Rights Division
1117 Trinity Street, Rm. 144-T
Austin, Texas 78701
ATTN: Housing

La forma comienza en la siguiente página.

Forma de Información de la Discriminación de Hogares

*1. Nombre: *# de Telefono de Dia

Direccion (direccion fisica no P.O.Box):

*Calle *Ciudad *Condado *Estado *ZIP Code

2. A quien mas podemos contactar si no se encuentra?

Nombre: Numero de Telefono:

*3. Quien tomo discriminación contra usted? (propietario, dueno, banco, realtor, compania de management, complejo del apartamento etc.)

*Nombre de Individual *# de Telefono *Nombre de Organizacion (banco, apt, complojo)

Direccion:

*Calle *Ciudad *Condado *Estado *ZIP Code

*4. Donde ocurio el acto de discriminación?

*Calle *Ciudad *Condado *Estado *ZIP Code

*5. Explica brevemente lo ocurrido. Tiene que indicar la fecha del acto y los nombres de las personas envueltas.

*6. Porque cree usted que ha sido discriminado? (Marca el que le aplica)

Rasa Religion Color Sexo Origen National Disabilidad Status Familiar

7. Cubre porfavor la infor mac ion siguiente para todo y cualquier testigo que tiene conosimiento de el dano alegago..

Nombre: # de Telefono por Dia

Calle Ciudad Condado Estado ZIP Code

Nombre: # de Telefono por Dia

Calle Ciudad Condado Estado ZIP Code

Nombre: # de Telefono por Dia

Calle Ciudad Condado Estado ZIP Code

Hombre # de Telefono por Dia

Calle Ciudad Condado Estado ZIP Code

*Firma

*Fecha