Ciudad de Tampa
Oficina de Derechos Humanos

CUESTIONARIO SOBRE ESTABLECIMIENTOS PÚBLICOS

Número de caso No. P.A.	Nombre (funcionario que recibe)	Fecha presentado

Persona que presenta la queja
☐ **Sra.** ☐ **Sr.** ☐ **Srta.**

Dirección		
Ciudad	Estado	Código Postal

Número de teléfono *(Incluya el código de área)*	Número de teléfono *(Incluya el código de área)*

Deseo presentar una queja contra (hotel, restaurante, teatro, tienda, servicio de transporte, hospital u otro lugar de servicios al público)

Nombre			
Dirección	Ciudad	Estado	Código Postal

Bases: ☐ Raza ☐ Color ☐ Religión ☐ Origen nacional ☐ Sexo ☐ Orientación sexual ☐ Identidad o expresión de género ☐ Edad ☐ Discapacidad ☐ Situación familiar (familias con hijos menores de 18 años) ☐ Estado civil

Fecha más reciente en que está acción tuvo lugar:
Mes Día Año

Indique brevemente, qué acción se tomó contra usted y por qué piensa que fue discriminatoria. ¿Qué daño, si lo hay, fue causado a usted u otras personas en su situación como resultado de dicha acción?

(Si necesita más espacio, anexe hojas adicionales)

Declaro bajo pena de perjurio que la información anterior es verdadera y correcta. FIRMA:	FECHA:

DECLARACION DE LA LEY DE PRIVACIDAD: Este formulario está cubierto por la Ley de Privacidad de 1974; Ley Pública 93-579.
Llenar y traer, o enviarnos este cuestionario no significa que ha presentado una acusación. Este cuestionario nos ayudará a evaluar su situación y determinar si podría estar cubierto por las leyes que aplicamos. Recomendamos que llene el cuestionario y lo traiga para hablar sobre su situación. También puede enviarlo por correo o fax al (813) 274-7941 (Attencion Oficina de Derechos Humanos). Una vez que hayamos recibido su cuestionario lleno, una persona de nuestra oficina se pondrá en contacto con usted por correo postal o teléfono dentro de los siguientes 30 días. Si no lo contactamos en 30 días, llámenos al (813) 274-5835. Tenga en cuenta que hay plazos de tiempo para presentar una acusación, por lo general, 180 días; o en algunas jurisdicciones, un (1) año a partir del perjuicio alegado.

Dirección Postal: 306 E. Jackson St., FLR 3N, Tampa, FL 33602

Si necesita una adaptación para poder llenar el cuestionario, conforme a la Ley de Ciudadanos Americanos con Discapacidades, llame al (813) 274-5835.