

# Queja de Discriminación Vivienda Justa Discrimination Complaint Fair Housing

ERD Case #  
CR

Para uso oficial  
solamente

For Office Use

**¡Importante! Por favor lea todas las instrucciones en la página 3 antes de comenzar. Imprima o use letras de molde en tinta negra y firme este cuestionario/ formulario**  
**Important!! Please Read All Of The Instructions On Page 3 Before Starting. Type Or Print In Black Ink.**

La información personal que usted provea podrá usarse para propósitos secundarios. (Ley de Protección de Asuntos Privados, s. 15.04(1) (m) de los Estatutos de Wisconsin).

Personal information you provide may be used for secondary purposes. [Privacy Law, s. 15.04(1)(m) Wisconsin Statutes]

### 1. Información Sobre el Demandante

#### Complainant Information

### 2. Información Sobre el Demandado

#### Respondent Information

Apellido(s) Last Name	Primer Nombre First Name	Inicial Initial	Nombre del proveedor de vivienda el cual usted cree le ha discriminado. Si hay más de un demandado, haga una lista en un papel separado. Name of the housing provider you believe discriminated against you. If more than one respondent, list each separately on extra sheet.		
Dirección - Street Address					
Ciudad - City	Estado State	Código Postal Zip Code	Dirección del Demandado - Street Address		
Número de Teléfono de la Casa (con código) Home Telephone Number ( )			Ciudad donde se encuentra el Demandado - City	Estado State	Código Postal Zip Code
Número de Teléfono del Trabajo (con código) Work Telephone Number ( )			Número de Teléfono del Demandado (con código) Telephone Number ( )		

### 3. Su queja puede ser presentada a otra agencia a menos que usted marque "no" en la casilla siguiente

Your complaint may be filed with another agency unless you check "no" below

- Sí - Yes Consulte el No. 3 en la página de instrucciones para más detalles  
See #3, in the instructions page, for more details
- No - No

### 4. ¿En qué condado tuvo lugar la violación - County in which the discrimination occurred

Nombre del Condado - Name of County

### 5. BASE(s): Usted debe indicar una base o bases para su queja. (Por ejemplo: "sexo-femenino", "raza- Afro Americano", "discapacidad-impedimento visual", "orientación sexual-homosexual", etc

**BASIS:** You must list a basis for your complaint. (For example: "sex-female," "race-African American," "disability-visual impairment," "sexual orientation-homosexual," etc

¿En que se basa su queja - What is the **basis** for your complaint

**Por favor continúe en la página siguiente - Please go on to the next page**

**6. DECLARACIÓN DE DISCRIMINACIÓN:** ¿Qué hizo el demandado? Indique cada acción que usted crea ha sido discriminatoria. (Se negaron a alquilarme (rentarme) o me cobraron alquiler (renta) más alta, etc.) Después explique la razón por la cual usted cree que a usted lo trataron en forma diferente debido a la base que identificó en la página anterior.

**STATEMENT:** What did the respondent do? List each action you believe was discriminatory. (They refused to rent to me or I was evicted or they charged higher rent, etc.)

Then, say **why** you believe you were treated differently because of the basis you listed above.

--

**7. FECHAS:** (mes/día/año) - **DATES:** (month/day/year)

<p>¿Cuándo tuvieron lugar las acciones por primera vez When did the above action(s) first happen</p>	<p>¿En qué fecha ocurrió por última vez On what date did it last happen</p>
--	---

**8.** Por la presente certifico que la información que he proporcionado es verdadera a lo mejor de mi conocimiento y recolección. Esta queja es documento público y se puede proporcionar al empresario o a otras personas según esta provisto en la ley de Documentos Públicos de Wisconsin.

I hereby certify that the information I have provided on this form is true to the best of my knowledge. This complaint is an open record and may be provided to the employer or others under the provisions of Wisconsin's Open Records Law.

<p><b>Firma del demandante o representante autorizado</b> Signature of Complainant or Authorized Representative</p>	<p><b>Fecha de firma</b> Date Signed</p>
---	--

## **Instrucciones para Presentar una Queja de Discriminación - - ¿Qué Cubre la Ley y Cómo se Presenta una Queja? Discrimination Complaint Instructions--What Is Covered and How to File**

---

Si usted cree que ha sido discriminado en violación de la Ley de Vivienda Justa, usted puede presentar una queja a la División de Derechos Iguales del Departamento de Desarrollo Laboral (DWD por sus siglas en inglés). Usted debe presentar su queja **dentro de un año** de la acción que usted cree que fué discriminación. If you believe you have been discriminated against in violation of the Fair Housing Law, you may file a complaint with DWD's Equal Rights Division. Your complaint must be filed within **one year** of the action that you believe was discriminatory.

Para aceptar su caso, la División debe tener cierta información. Asegúrese de seguir cuidadosamente las instrucciones enumeradas a continuación. Los números de las instrucciones corresponden a los números de las secciones en la primera página de este formulario.

To accept your case, the Division must have certain information. **Make sure you carefully follow the instructions outlined below.** The numbers on these instructions match the numbered sections on the front of this form.

1. **Demandante:** Usted debe escribir su nombre legal, su dirección y número de teléfono.  
**Complainant:** You must write your legal name, address and telephone number.
  
2. **Demandado:** Usted debe proveer el nombre completo, dirección y número de teléfono del proveedor de vivienda o persona contra la cual está presentando esta queja. Si el demandado es un proveedor de vivienda, debe usar el nombre del dueño(a) de la propiedad. Si usted no está seguro(a) de quién es el dueño, usted puede obtener esa información a través del encargado o agente inmobiliario, o puede pedirle al tasador municipal que le diga quién paga los impuestos a la propiedad. Si hay más de un demandado, indíquelos por separado.  
**Respondent:** You must provide the complete name, address and telephone number of the housing provider or person that this charge is being filed against. If the respondent is a housing provider, the name of the property owner should be used. If you are not sure who the owner is, you might obtain this information from the manager or realtor, or by asking your local municipal assessor to tell you who pays the taxes on the property. If there is more than one respondent, list each separately.
  
3. **Referencia/Remisión:** La Comisión de Igualdad de Oportunidades de la Ciudad de Madison (MEOC por sus siglas en inglés) administra una ordenanza similar a la ley del estado. La División de Derechos Iguales se encargará de su queja si usted nos la presenta a nosotros primero, pero también la referiremos al MEOC si la vivienda está ubicada dentro de los límites de la ciudad de Madison. También es posible que su queja sea enviada a agencias de Fair Housing.  
**Referrals:** The City of Madison Equal Opportunities Commission (MEOC) administers an ordinance similar to state law. The Equal Rights Division will handle your complaint if it is initially filed with us, but we will also refer your complaint to MEOC if the housing is located within Madison's city limits. Your complaint may also be sent to Fair Housing agencies.
  
4. **Condado:** Usted debe escribir el nombre del condado donde la vivienda está ubicada.  
**County:** You must write the name of the county where the housing is located.

5. **Base(s): Usted** debe proveer una base o bases para su queja. La Ley de Vivienda Justa de Wisconsin prohíbe discriminación en la renta y venta de viviendas basada en **Basis:** You must give a basis for your complaint. The Wisconsin Fair Housing Act prohibits discrimination in the rental and sale of housing on the following bases.

- > RAZA - RACE
- > RELIGIÓN - CREED
- > SEXO - SEX
- > NACIONALIDAD DE ORIGEN - NATIONAL ORIGIN
- > FUENTE/ORIGEN LEGAL DE INGRESOS - LAWFUL SOURCE OF INCOME
- > ESTADO CIVIL O MATRIMONIAL - MARITAL STATUS
- > COLOR - COLOR
- > EDAD (18+) - AGE (18+)
- > ORIENTACIÓN SEXUAL - SEXUAL ORIENTATION
- > ANTEPASADOS - ANCESTRY
- > DISCAPACIDAD - DISABILITY
- > ESTADO DE FAMILIA - FAMILY STATUS

También está prohibido **interferir o tomar represalias** contra cualquier persona que haga ejercicio de sus derechos o que preste ayuda en referencia a un derecho otorgado o protegido bajo la ley de vivienda justa.

**Interference** with or **retaliation** against any person exercising or assisting with a right granted or protected under the fair housing law is also prohibited.

6. **Declaración:** ¿Qué tuvo lugar? Usted debe indicar cada acción que usted cree que fué discriminación. Cuando describa una acción del demandado en esta sección, usted debe identificar al individuo que tomó esa acción, si es posible. Después, díganos por qué cree que se tomó esa acción debido a la(s) base(s) que usted identificó.

**Statement:** What was done? You should list each action that you feel was discriminatory. When describing a respondent's action in this section, the individual who took the action should be identified, if possible. Then, tell us why you believe this action was taken because of the basis you listed.

7. **Fechas en que Ocurrieron las Acciones:** Dénos la primera y última fecha en las que usted cree que la discriminación ocurrió.

**Dates Action Occurred:** Give us the first and last dates you believe discrimination occurred.

8. **Su Firma:** Asegúrese de firmar el formulario o de que su representante lo firme

**Your Signature:** Make sure you or your representative signs the form.

Envíe por correo su queja completada y firmada a una de las siguientes oficinas de la División de Derechos Iguales:

Mail your **Completed** and **Signed** complaint to one of the following Equal Rights Division offices:

EQUAL RIGHTS DIVISION  
PO BOX 8928  
MADISON WI 53708

Telephone: (608) 266-6860  
FAX: (608) 267-4592  
TTY: (608) 264-8752

EQUAL RIGHTS DIVISION  
819 N 6TH ST ROOM 723  
MILWAUKEE WISCONSIN 53203

Telephone: (414) 227-4384  
FAX: (414) 227-4084  
TTY: (414) 227-4081

## Información para el Proceso de Quejas de Igualdad de Derechos Equal Rights Complaint Process Information

**Para que su queja sea procesada efectivamente, complete y regrese la siguiente información con su queja.  
For effective complaint handling, please complete and return the following information with your complaint.**

<b>Su apellido</b> Your Last Name	<b>Su primer nombre</b> Your First Name	<b>La Inicial de su Segundo nombre</b> Your Middle Initial	<b>La fecha de hoy</b> Today's Date
--------------------------------------	--	---	--

**Testigos:** Por favor incluya los nombres, direcciones y números de teléfono de las personas que tienen información de lo que le pasó a usted o que hayan visto, oído o experimentado tratamiento similar al suyo. Los testigos no son referencias personales. Son personas que tienen información concerniente a su queja y están dispuestas a cooperar en la investigación.

**Witnesses:** Please include the names, home addresses and telephone numbers of persons who know what happened to you or may have seen, heard or experienced treatment similar to yours. Witnesses are not character references. They are people who have relevant information about your complaint and are willing to cooperate in the investigation.

**Disponibilidad:** (¡Importante! Usted debe notificar al Departamento si cambia de dirección o número de teléfono. Si no podemos ubicarlo, es posible que su queja sea desechada.)

**Availability:** (Important! You must notify the Department if you change your address or phone number. If we are unable to locate you, your complaint may be dismissed.)

**Indique los días y horas a los que usted acostumbra a estar disponible para hablar sobre su queja**  
What Days and times are you usually available to discuss your complaint

**¿Hay un número de teléfono para alcanzarlo a usted durante el día?** Is there a telephone where we can reach you during the day  Yes – Sí  No - No **Si es así, indique el código del área y el número**  
If so, please provide the area code and number: (       )

**En caso que no podamos hacer contacto con usted, provea el nombre, dirección y número de teléfono de una persona que no vive con usted pero que siempre sabrá dónde vive y cómo comunicarse con usted**

**In case we cannot reach you, please provide the name, address and phone number of a person who **does not** reside with you but will always know where you live and how to reach you**

<b>Nombre completo - Name</b>		<b>Dirección - Street Address</b>	
<b>Ciudad - City</b>	<b>Estado - State</b>	<b>Código Postal - Zip Code</b>	<b>Teléfono - Telephone Number</b> (       )

**Por favor continúe en la página siguiente - Please go on to the next page Información para un Acuerdo/Settlement Information**

**¿Qué aceptaría usted, en este momento, para resolver su queja**

**At this time, what would you accept to settle your complaint**

---

---

---

**Información sobre la Queja - Complaint Information**

<p>¿Ha presentado esta queja a otra agencia Have you filed this charge with any other agency <input type="checkbox"/> Yes - Sí <input type="checkbox"/> No - No</p>	<p>Si es así, ¿cuál es el nombre de la agencia - If so, name of agency</p>	<p>Fecha en que la presentó Date Filed</p>
---	--	--

**Información de Estadística - Statistical Information**

<p><b>Sexo del Demandante - Complainant Sex</b> <input type="checkbox"/> Masculino - Male <input type="checkbox"/> Femenino - Female</p>							
<p><b>Raza del Demandante (marque las casillas apropiadas)</b> <b>Complainant Race</b> (check appropriate box or boxes)</p> <table><tr><td><input type="checkbox"/> Indio-Americano o Nativo de Alaska American Indian or Alaska Native</td><td><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano Black or African American</td><td><input type="checkbox"/> Asiático Asian</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> Caucásico o Blanco White</td><td><input type="checkbox"/> Desconocido Unknown</td></tr></table>		<input type="checkbox"/> Indio-Americano o Nativo de Alaska American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander	<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano Black or African American	<input type="checkbox"/> Asiático Asian	<input type="checkbox"/> Caucásico o Blanco White	<input type="checkbox"/> Desconocido Unknown
<input type="checkbox"/> Indio-Americano o Nativo de Alaska American Indian or Alaska Native	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai o Isleño del Pacífico Native Hawaiian or Pacific Islander						
<input type="checkbox"/> Negro o Afro-Americano Black or African American	<input type="checkbox"/> Asiático Asian						
<input type="checkbox"/> Caucásico o Blanco White	<input type="checkbox"/> Desconocido Unknown						