



# COMISION DE ASUNTOS HUMANOS DE CAROLINA DEL NORTE

## CONSULTA DE IGUALDAD DE VIVIENDA

|  |                |  |
|--|----------------|--|
| Nombre completo:   |                |  |
| Direccion de correo:   |                | Ciudad:  |
| Estado:  | Código Postal: | Condado:   |
| Numero de Teléfono de Casa:  |                | Numero de Teléfono del Trabajo:  |
| Correo electrónico:  |                | Numero de Celular:   |
| Genero: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino   |                | Edad: Fecha de nacimiento:   |
| Raza:<br><input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco<br><input type="checkbox"/> Asiático/Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska<br><input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Otro _____ |                | Origen Nacional:<br><input type="checkbox"/> Americano <input type="checkbox"/> Indio Americano<br><input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> de Medio Oriente<br><input type="checkbox"/> Otro _____ |

Proporcione el nombre de proveedor de vivienda que presuntamente lo discrimino?

|  |  |          |  |
|--|--|----------|--|
| Nombre de el proveedor de vivienda:  |  |          |  |
| Direccion de correo:   |  | Ciudad:  |  |
| Estado:  | Código Postal:   | Condado: |  |
| Numero de telephone del proveedor de vivienda (con el codigo postal):  |  |          |  |
| Fecha más reciente del supuesto daño (que usted cree que fue discriminación) que sufrió:   |  |          |  |
| ¿Cree que esto le ocurrió por su (marque lo que corresponda):  |  |          |  |
| Color  | Tipo de Familia <small>(Familias con niños menores de 18 años)</small> | Raza     | Represalia <small>(Se opuso a una practica ilegal la vivienda o participo como testigo en una queja)</small> |
| Discapacidad   | Origen Nacional  | Religión | Sexo/Genero <small>(incluye acoso sexual y embarazo)</small>   |
| <b>Con sus propias palabras, describa brevemente lo que le ha sucedido y que cree que es una discriminación. Una breve descripción de lo sucedido será suficiente en este momento.</b> |  |          |  |

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Al firmar esta investigación sobre la discriminación en la vivienda: Declaro haber leído la presente investigación. (incluidos todos los anexos) y certifico que es verdadera y correcta a mi conocimiento.**

**\*\* Puede enviar este formulario por correo electrónico a [HRC.Complaints@oah.nc.gov](mailto:HRC.Complaints@oah.nc.gov) \*\***

**\*\* EL COMPLETAR Y ENTREGAR ESTE CUESTIONARIO NO IMPLICA O CONSTITUYE EL ESTABLECIMIENTO DE UN CARGO. \*\***

NC Office of Administrative Hearings - Civil Rights Division  
Human Relations Commission, 1318 Mail Service Center, Raleigh, NC 27699  
(984) 236-1919 phone / (984) 236-1946 fax

Housing Discrimination Inquiry Revision: 09/2022