

Discrimination Complaint
Fair Housing
Queja de Discriminación
Vivienda Justa

ERD Case #
CR

Para uso oficial
solamente

For Office Use

Important! Please read all of the instructions on page 3 before starting. Type or print in black ink.
¡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.

Authorization for this form is provided under Section 106.50(6)(a), Wisconsin Statutes. Completion of this form is voluntary. However, if you wish to file a fair housing complaint with the Equal Rights Division (ERD), you must submit a written document containing the information sought in this form. Personal information you provide may be used for secondary purposes (s. 15.04(1)(m), Wisconsin Statutes)

La autorización para este formulario se proporciona bajo la sección de la ley de Wisconsin 106.50(6)(a). El llenar este formulario es completamente voluntario. Sin embargo, si desea presentar una queja de vivienda justa ante la División de Igualdad de Derechos (ERD), debe enviar un documento por escrito que contenga la información solicitada en este formulario. La información personal que proporcione puede usarse para fines secundarios (La ley de Wisconsin s. 15.04(1)(m))

1. Complainant Information

Información Sobre el Demandante

2. Respondent Information

Información Sobre el Demandado

Last Name Apellido(s)		First Name Primer Nombre		Initial Inicial		Name of the housing provider you believe discriminated against you. If more than one respondent, list each separately on extra sheet. 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.					
Street Address Dirección											
City Ciudad		State Estado		Zip Code Código Postal		Street Address Dirección del Demandado					
Home Telephone Number Número de Teléfono de la Casa (con código) ()				City / Ciudad donde se encuentra el Demandado		State Estado		Zip Code Código Postal			
Work Telephone Number Número de Teléfono del Trabajo (con código) ()				Telephone Number Número de Teléfono del Demandado (con código) ()							

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

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

<input type="checkbox"/> Yes / Sí	See #3, in the instructions page, for more details. Consulte el No. 3 en la página de instrucciones para más detalles.
<input type="checkbox"/> No / No	

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

Name of County / Nombre del Condado

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

<input type="checkbox"/> of my race * / de mi raza which is / cual es _____	<input type="checkbox"/> of my color * / de mi color which is / cual es _____	<input type="checkbox"/> of my disability * / de mi incapacidad which is / cual es _____
<input type="checkbox"/> of my creed (religion) * / de mi religion which is / cual es _____	<input type="checkbox"/> of my age (40 or older) * / de mi edad (40 años o más) which is / cual es _____	<input type="checkbox"/> of my marital status * / debido mi estado civil o matrimonial which is / cual es _____
<input type="checkbox"/> of my family status * / debido a mi estado familiar which is / cual es _____	<input type="checkbox"/> of my sex * / de mi sexo which is / cual es _____	<input type="checkbox"/> of my national origin/ancestry * / de mi origen nacional o antepasados which is / cual es _____
<input type="checkbox"/> of my ancestry * / debido a mis ancestros which is / cual es _____	<input type="checkbox"/> of my source of income * / debido a mi Fuente de ingresos which is / cual es _____	<input type="checkbox"/> of my sexual orientation * / de mi orientación sexual which is / cual es _____
<input type="checkbox"/> of my status as a victim of domestic abuse, sexual assault, or stalking debido a mi condición de víctima de abuso doméstico, agresión sexual o acoso		<input type="checkbox"/> I was retaliated against for assisting with or filing a Fair Housing discrimination complaint with the Division Yo recibí represalias por ayudar o por presentar una queja de discriminación sobre Equidad en la Vivienda con la División

6. **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.

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.

--

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

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

8. 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.

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.

Signature of Complainant or Authorized Representative Firma del demandante o representante autorizado	Date Signed Fecha de firma
--	-------------------------------

Discrimination Complaint Instructions--What Is Covered and How to File

Instrucciones para Presentar una Queja de Discriminación - - ¿Qué Cubre la Ley y Cómo se Presenta una Queja?

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.

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.

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.

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.

1. Complainant: You must write your legal name, address, and telephone number.

Demandante: Usted debe escribir su nombre legal, su dirección y número de teléfono.

2. 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.

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.

3. 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.

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.

4. County: You must write the name of the county where the housing is located.

Condado: Usted debe escribir el nombre del condado donde la vivienda está ubicada.

5. 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.

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

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

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

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.

6. 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.

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.

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

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

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

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

Mail your **Completed** and **Signed** complaint to one of the following Equal Rights Division offices:
Envíe por correo su queja **completada** y **firmada** a una de las siguientes oficinas de la División de Derechos Iguales:

EQUAL RIGHTS DIVISION
PO BOX 8928
MADISON WI 53708

Telephone: (608) 266-6860
FAX: (608) 327-6001

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

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

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

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

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

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.

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.

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.)

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.)

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

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

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.

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.

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

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

Settlement Information / Información para un Acuerdo

At this time, what would you accept to settle your complaint?
¿Qué aceptaría usted, en este momento, para resolver su queja?

Complaint Information / Información sobre la Queja

Have you filed this charge with any other agency?
¿Ha presentado esta queja a otra agencia?

Yes/ Sí No / No

If so, name of agency
Si es así, ¿cuál es el nombre de la agencia?

Date Filed
Fecha en que la presentó

Statistical Information / Información de estadística

Complainant Sex:

Male / Masculino Female / Femenino

Complainant Race (check appropriate box or boxes):
Raza del demandante

American Indian or Alaska Native
Indio-Americano o Nativo de Alaska

Native Hawaiian or Pacific Islander
Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico

Black or African American
Negro o Afro-Americano

Asian
Asiático

White
Caucásico o Blanco

Unknown
Desconozco