

**COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL  
CONDADO DE COOK**

<b>NOMBRE DEL DEMANDANTE</b>	<b>TELÉFONO</b>
------------------------------	-----------------

<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
------------------	---------------	---------------	----------------------

**CORREO ELECTRÓNICO DEL DEMANDANTE**

<b>NOMBRE DEL DEMANDADO</b>	<b>TELÉFONO</b>
-----------------------------	-----------------

<b>DIRECCIÓN</b>	<b>CIUDAD</b>	<b>ESTADO</b>	<b>CÓDIGO POSTAL</b>
------------------	---------------	---------------	----------------------

**CORREO ELECTRÓNICO DEL DEMANDADO**

**TIPO DE QUEJA**

EMPLEO
  VIVIENDA  
 ESTABLECIMIENTOS, SERVICIOS Y PROGRAMAS DEL CONDADO
  INSTALACIONES PÚBLICAS  
 CRÉDITO/VINCULACIÓN

**DISCRIMINACIÓN O ACOSO**

<input type="checkbox"/> Raza (incluyendo características asociadas con la raza)	<input type="checkbox"/> Discapacidad (física o mental)	<input type="checkbox"/> Estado paternal
<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Nacionalidad	<input type="checkbox"/> Estado de baja de las fuerzas armadas
<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Acoso sexual	<input type="checkbox"/> Fuente de ingresos
<input type="checkbox"/> Edad (mayor de 40)	<input type="checkbox"/> Orientación sexual	<input type="checkbox"/> Estado de vivienda
<input type="checkbox"/> Religión	<input type="checkbox"/> Estado civil	<input type="checkbox"/> Represalias
<input type="checkbox"/> Ascendencia	<input type="checkbox"/> Identidad de género	<input type="checkbox"/> Antecedentes penales
<input type="checkbox"/> Autonomía corporal	<input type="checkbox"/> Estado de embarazo	<input type="checkbox"/> Etnia
<input type="checkbox"/> Casta		

**FECHA EN QUE SE PRODUJO LA DISCRIMINACIÓN O EL ACOSO**

\_\_\_\_\_

Mes                                  Día                                  Año

Si usted es un representante (abogado, voluntario, personal de apoyo) completando este formulario en nombre del Demandante, in incluya su nombre e información de contacto:

**FOR OFFICIAL USE ONLY**  
**COM. NO. #** \_\_\_\_\_  
**RP SERVED:** \_\_\_\_\_

**COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL**  
**CONDADO DE COOK**

**LOS DETALLES SON**

I.

Bajo apercibimiento de la ley, certifico que toda la información incluida en esta queja es verdadera y precisa, a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
Firma del demandante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante (si pertinente)

\_\_\_\_\_  
Fecha