

## FORMULARIO DE DENUNCIA

### DE LA COMISIÓN DE RELACIONES HUMANAS DE LA CIUDAD DE AURORA

La Comisión de Relaciones Humanas de la ciudad de Aurora empleará este formulario para investigar las denuncias de discriminación. La Comisión de Relaciones Humanas de la ciudad de Aurora se rige bajo el capítulo 22 del código municipal de la ciudad de Aurora.

Instrucciones: Favor de completar el formulario lo mejor que pueda en el espacio proporcionado. Si es necesario, puede adjuntar páginas adicionales a este formulario. Después de recibir la denuncia, la Comisión investigará la denuncia. Es posible que alguien se ponga en contacto con usted y/o con la persona/la organización contra la cual se dirige la denuncia para intentar resolverla. Si la investigación no resuelve la denuncia y si la Comisión de Relaciones Humanas cree que puede haber ocurrido discriminación, es posible que la Comisión de Relaciones Humanas llame una audiencia pública para resolverla. Si no se resuelve el asunto en la audiencia pública, es posible que la Comisión continúe investigando. La Comisión tomará una decisión final sobre la denuncia y se la comunicará a usted.

Su nombre y apellido(s): \_\_\_\_\_

Su domicilio: \_\_\_\_\_

La dirección del trabajo u otra dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono principal: \_\_\_\_\_ Otro teléfono: \_\_\_\_\_

#### En su opinión, ¿en qué se basa la reclamación de discriminación?

\_\_\_\_ Origen nacional o antepasados étnicos      \_\_\_\_ Raza o color de la piel      \_\_\_\_ Estado civil

\_\_\_\_ Discapacidad física o mental      \_\_\_\_ Edad      \_\_\_\_ Religión o creencias

\_\_\_\_ Género o Identidad de género      \_\_\_\_ Otra (favor de especificarla) \_\_\_\_\_

#### Favor de identificar a la(s) persona(s), la empresa, o la compañía que Ud. cree que discriminó contra usted:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número(s) de teléfono: \_\_\_\_\_

Información de contacto adicional (si hay): \_\_\_\_\_

**1) Favor de explicarnos lo que pasó. Cuéntenos claramente en el espacio proporcionado a continuación cómo cree usted que ocurrió la discriminación y trate de ser lo más específico(a) posible. Por ejemplo, incluya la fecha, la hora, todas las personas presentes, y cualquier dato específico que ocurrió o palabras que se usaron. (Si es necesario, puede adjuntar datos adicionales a este formulario.)**

**2) ¿Cuál fue la fecha más reciente en que ocurrió la presunta discriminación? \_\_\_\_\_**

**3) Favor de contar cualquier medida que ha tomado, si lo hubiera, relacionada con este asunto. (Por ejemplo, “hablé con el representante del sindicato,” “hablé con el abogado,” “presenté una demanda con el Departamento de Derechos Humanos de Illinois,” etc.)**

**La discriminación tiene que ver con: (marque todas las opciones que corresponden)**

vivienda  
 empleo  
 acceso a un servicio o a un lugar abierto al público  
 Otro (favor de especificar): \_\_\_\_\_

**Para completar la denuncia, favor de firmarla y de poner la fecha donde se indica abajo.**

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

Puede enviar este formulario a la Comisión de Relaciones Humanas de la ciudad de Aurora a través de cualquier de los medios siguientes:

**ENVIAR A AURORA HUMAN RELATIONS COMMISSION, 44 East Downer, Aurora, IL 60505**

**ENVIAR POR CORREO ELECTRÓNICO A [HRC@aurora-il.org](mailto:HRC@aurora-il.org)**

La Comisión de Relaciones Humanas se pondrá en contacto con usted para confirmar que recibieron este formulario. Si no lo/la han contactado dentro de dos (2) semanas de haberlo enviado, llame al moderador al 630-256-3007.

**La Comisión de Relaciones Humanas mantendrá el carácter confidencial de los datos de este formulario mientras se investiga la denuncia. Favor de notar que este formulario y cualquier material de investigación y/o reportajes se entregarán al dominio público si se lo solicitan según corresponda sujeto a la ley de Illinois sobre la Libertad de la Información o a una orden válida de la corte.**