

For office use:

**Solicitud de Información Inicial  
Discriminación en la Vivienda**

Please complete all 4 sides and return to:  
Por favor complete los cinco lados y regrese a:  
**UTAH ANTIDISCRIMINATION & LABOR DIVISION**  
160 East 300 South 3<sup>rd</sup> Floor  
P.O. Box 146630  
Salt Lake City, Utah 84114-6630

**NO ES REQUISITO COMPLETAR ESTA SOLICITUD PARA SOMETER UNA DEMANDA.**

**Today's date (Fecha de Hoy):** \_\_\_\_\_

**I. COMPLAINANT INFORMATION. INFORMACION DEL RECLAMADOR.** This section should identify the individual who is filing the complaint of discrimination. Esta sección debe de identificar al individual que está haciendo la demanda de discriminación.

**A. Personal Information – Información Personal:**

Your name – Su nombre: \_\_\_\_\_  
Address – Domicilio: \_\_\_\_\_  
City – Ciudad: \_\_\_\_\_  
Home Phone – Teléfono de Casa: (     ) \_\_\_\_\_  
Work Phone – Teléfono de Trabajo: (     ) \_\_\_\_\_  
Date of Birth: \_\_\_\_\_  
Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

**B. Other Aggrieved Persons – Otras Personas Ofendidas:** This section should identify any other individuals in the household, including minor children, who have been effected by the discriminatory conduct. Esta sección debe incluir cualquier otra persona afectada por la discriminación incluyendo niños menores de edad.

**Full Name – Nombre Completo**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Date of Birth – Fecha de Nacimiento**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**C. Give the name of someone who will always be able to tell us how to reach you. Do not give the name of your spouse or anyone who ordinarily lives with you. De el nombre de alguien que siempre será capaz de decirnos como localizarlo a usted. No de el nombre de su esposo(a) o de ninguna persona que ordinariamente vive con usted.**

Name – Nombre: \_\_\_\_\_  
Address – Domicilio: \_\_\_\_\_  
City – Ciudad: \_\_\_\_\_ State – Estado: \_\_\_\_\_ Zip – Código Postal: \_\_\_\_\_  
Home Phone – Teléfono de Casa: (    ) \_\_\_\_\_  
Work Phone – Teléfono de Trabajo: (    ) \_\_\_\_\_  
Relationship to you – Relación a usted: \_\_\_\_\_

**II. PROPERTY – PROPIEDAD. This section identifies the property that is involved. Esta sección identifica la propiedad que está involucrada:**

Property Name – Nombre de la Propiedad: \_\_\_\_\_  
Property Street Address – Domicilio de la Propiedad: \_\_\_\_\_  
City – Ciudad: \_\_\_\_\_ State – Estado: \_\_\_\_\_ Zip – Código Postal: \_\_\_\_\_  
Mailing Address (if different) – Domicilio para correo (si es diferente): \_\_\_\_\_  
City – Ciudad: \_\_\_\_\_ State – Estado: \_\_\_\_\_ Zip – Código Postal: \_\_\_\_\_  
Name of Manager or Landlord – Nombre del Gerente: \_\_\_\_\_  
Address of Manager or Landlord (if different from property address): Domicilio del Gerente (si es diferente que la dirección de la propiedad): \_\_\_\_\_  
Phone number for Manager or Landlord – Número de teléfono del Gerente: (    ) \_\_\_\_\_

**Check the appropriate – Marque lo que aplica:**

The property is – La propiedad es:

- \_\_\_\_\_ A single family dwelling – Una unidad de vivienda individual
- \_\_\_\_\_ Is a 2, 3, or 4 unit dwelling – Una vivienda de 2, 3, o 4 unidades
- \_\_\_\_\_ Or the property contains 4 or more units in the dwelling – O la propiedad contiene 4 o más unidades en la vivienda.

**Total number of units in the dwelling is – El total de unidades de vivienda es:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**III. RESPONDENT INFORMATION. INFORMACION DEL DEMANDADO. This section provides the Division with information about the property owner or company you are filing against. Esta sección provee a la División con información acerca del dueño de la propiedad o compañía que usted está demandando.**

Name of Owner – Nombre del Dueño / Management Company – Compañía de Administración / Real Estate Company – Propiedades Inmobiliarias / or Lender – o Prestamista: \_\_\_\_\_

Street Address for the above – Domicilio de la calle: \_\_\_\_\_  
Mailing Address for the above – Domicilio para correo: \_\_\_\_\_  
City – Ciudad: \_\_\_\_\_ State – Estado: \_\_\_\_\_ Zip – Código Postal: \_\_\_\_\_  
Phone – Teléfono: (     ) \_\_\_\_\_  
Mailing Address (if different) – Domicilio para correo (si es diferente): \_\_\_\_\_  
City – Ciudad: \_\_\_\_\_ State – Estado: \_\_\_\_\_ Zip – Código Postal: \_\_\_\_\_

**IV. DISCRIMINATORY ACT (S). ACTO (S) DISCRIMINATORIOS.** Describe what happened and why you believe it was housing discrimination. Please be as specific as possible (including dates and names). You may attach additional pages to this questionnaire. Describa lo que pasó y porque usted cree que fue discriminación en la vivienda. Por favor sea lo más específico que pueda (incluya fechas y nombres). Puede agregar mas hojas adicionales a este formulario.

1. I believe I was discriminated against because – Yo pienso que fui discriminado por causa de: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. The adverse housing action (s) taken gainst me (i.e., evicted, denied rent/sale, accommodation, loan, disability, etc.) was/were – Las medidas que tomaron contra mi (por ejemplo: me hecharon de la vivienda, me negaron renta o venta, acomodaciones, préstamo, incapacidad, etc.) fueron: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. The date (s) of the adverse action (s) was/were – La (s) fechas de los actos discriminatorios fueron: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. The person (i.e. owner/landlord/management company/realtor/lender) who took this action against you was – La persona (por ejemplo, el dueño, el gerente, compañía de administración, prestamista) que tomó esta acción contra mi fue: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. Names of others who were treated differently than you were – Nombres de otras personas que fueron tratados diferente que usted: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. I complained about this action to (name and position). Yo me quejé acerca de este acto con (nombre y posición de la persona): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

7. Date(s) I complained was/were. Las fechas cuando yo me quejé fue/fueron: \_\_\_\_\_

8. Describe any action(s) taken against you after your complaint. Describa las acciones que se tomaron en contra de usted después de que se quejó: \_\_\_\_\_

If your charge is based on disability discrimination, please identify your disability and summarize how this condition has affected your housing opportunities. (You may be requested to provide medical documentation describing your disability). Si su demanda es basada en discriminación por causa de incapacidad, por favor identifique su incapacidad y explique como esta condición ha afectado sus oportunidades de vivienda. (Se le puede solicitar proveer documentación médica que describa su incapacidad). \_\_\_\_\_

**The UALD does not charge a fee for its services. It is not necessary to have an attorney if you file a charge with this agency. However, if you retain an attorney, provide his or her name, address, and telephone number. Esta oficina no cobra por los servicios. No es necesario tener**

**un licenciado si usted hace una demanda con esta agencia. Si usted decide conseguir un licenciado, por favor proporcione el nombre, dirección y número de teléfono de su licenciado.**

Attorney's name – Nombre del Licenciado: \_\_\_\_\_

Attorney's address: Domicilio de Licenciado: \_\_\_\_\_

City – Ciudad: \_\_\_\_\_ State – Estado: \_\_\_\_\_ Zip – Código Postal \_\_\_\_\_

Attorney's telephone number – Número de teléfono de Licenciado: (    ) \_\_\_\_\_

**PLEASE REMEMBER TO COMPLETE THIS FORM IN ITS ENTIRETY. IF YOU HAVE NOT PROVIDED THE INFORMATION WE NEED, WE MAY BE UNABLE TO TAKE ANY ACTION ON YOUR BEHALF. POR FAVOR RECUERDE DE COMPLETAR ESTA FORMULA COMPLETAMENTE. SI USTED NO HA PROPORCIONADO LA INFORMACION QUE NECESITAMOS, ES POSIBLE QUE NO PODAMOS TOMAR NINGUNA ACCION EN SU PARTE.**

**Persons needing special accommodations, interpreters, or assistive devices due to a disability should contact the Division three days in advance of their appointment or hearing. Personas que necesitan acomodaciones, intérpretes o aparatos de asistencia por causa de un impedimento, necesitan llamar a la División tres días antes de su cita.**

**Your signature – Su firma:** \_\_\_\_\_ **Date – Fecha:** \_\_\_\_\_

I will advise the UALD if I change my address or telephone number and will cooperate fully with the UALD in the processing of my charge in accordance with their procedures. I understand if I do not advise UALD of any change in my address or my telephone number, or if I decline to cooperate fully, the UALD may conclude my case without my participation. Al someter éste formulario, usted está de acuerdo a informar a la División de cualquier cambio de dirección o número de teléfono y se compromete a cooperar completamente con el proceso de esta demanda de acuerdo con nuestras pólizas y procedimientos. Si usted no coopera, puede resultar en el despido o anulación de su demanda o en hacer una decisión basada en la información contenida en el archivo.