City of Beloit
Equal Opportunities and Human Relations Commission
100 State Street, Beloit, WI 53511
PH: (608) 364-6705 FX: (608) 364-6609

Case#
Referred to:
Date Referred:

HOUSING DISCRIMINATION COMPLAINT

COMPLAINANT (Alleged injured party)

Full Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: Home:_____ Work:_____ Cell:_____

RESPONDENT (Person / agency the complaint is against)

Full Name: _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

Telephone: Home:_____ Work:_____ Cell:_____

THIS COMPLAINT CONCERNS HOUSING, IN REFERENCE TO:

- ☐ Race
- ☐ Religion
- ☐ Color
- ☐ Gender
- ☐ National Origin
- ☐ Disability
- ☐ Lawful Source of Income
- ☐ Familial Status
- ☐ Sexual Orientation
- ☐ Marital Status
- ☐ Ancestry
- ☐ Age
- ☐ Retaliation
- ☐ Status as a victim of domestic/sexual abuse or stalking

EXPLAIN WHAT WAS DONE THAT YOU BELIEVE WAS DISCRIMINATORY:

Date(s) of discriminatory act(s): _____ OR ☐ Ongoing

I acknowledge that I have read the complaint, that to the best of my knowledge, information and belief the complaint is true and correct, and that the complaint is not being used for any improper purpose such as to harass the party against whom the complaint is filed.

_____ _____

Signature of Complainant Date Signed

City of Beloit
Equal Opportunities and Human Relations Commission
100 State Street, Beloit, WI 53511
PH: (608) 364-6705 FX: (608) 364-6609

Case#
Referred to:
Date Referred:

QUERELLA DE DISCRIMINACION – DE VIVIENDA

QUERELLANTE

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa:_____ Trabajo:_____ Cell:_____

DEMANDADO

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: Casa:_____ Trabajo:_____ Cell:_____

ESTA QUERELLA ES EN REFERENCIA A:

- ☐ Raza
- ☐ Religión
- ☐ Color
- ☐ Sexo
- ☐ Origen Nacional
- ☐ Impedimento
- ☐ Fuente de Ingreso
- ☐ Estado Familial
- ☐ Orientación Sexual
- ☐ Estado Marital
- ☐ Descendencia
- ☐ Edad
- ☐ Represalias
- ☐ Estado del victimo de maltrato domestico / sexual

EXPLIQUE LO QUE LE OCURRIO QUE USTED CREE ES DISCRIMINACION:

La fecha de ocurrió: _____ O/Y ☐ Continua

Con mi firma indico que he leído esta querella y entiendo que, basado en mi conocimiento, información y creencia, esta querella es verdadera y correcta, y esta querella no esta siendo usada para ningún propósito indebido, tal como hostigar a la entidad o persona contra la cual estoy quejando.

_____ _____

Firma de Querellante Firmada en