



Our mission is to protect, foster,
develop and advance the rights
and interests of people with
developmental disabilities.
www.valleyvillage.org



20830 Sherman Way
Winnetka, CA 91306
TEL 818.587.9450
FAX 818.587.9184
TAX ID # 23-7314159

Formulario de Queja Título VI

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor, háganos saber. Este formulario de queja también puede ser encontrada en nuestro sitio web. www.valleyvillage.org

1. Nombre del denunciante: _____

2. Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

3. Número de teléfono: _____

4. Correo Electrónico: _____

5. Persona que sufrió la discriminación (si es diferente a la persona que presenta la denuncia):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

6. ¿Cuál es su relación con este individuo?

7. Por favor, explique por qué usted está presentando la denuncia.

8. ¿Ha obtenido la autorización de la persona agregada para hacer esta denuncia en su nombre?

Si:

No:

9. ¿Cuál de las siguientes razones describe mejor la razón por la cual usted cree que ocurrió la discriminación? Fue debido a su:

- a. Raza b. Origen Nacional c. Edad
d. Color e. Sexo f. Discapacidad
g. Religión h. Condición médica i. Estado civil
j. Orientation sexual

10. ¿Cuándo ocurrió la supuesta discriminación? _____

11. En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explique lo que lo que pasó y quién considera usted que fue responsable. Por favor utilice el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.

12. ¿Ha presentado previamente una queja de Título VI con Valley Village?

Si:

No:

13. ¿Ha presentado esta denuncia con otras autoridades federales, estatales o locales; o con la agencia de cualquier corte estatal o federal?

Si:

No:

En caso afirmativo, marque cada casillo que corresponda:

Agencia Federal

Corte Federal

Agencia Estatal

Corte del Estado

Agencia Local

14. Si contestó "sí" a la pregunta #14 por favor proporcione información acerca de la persona de contacto de la agencia/corte, donde quedó radicada la denuncia

Nombre y Título: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número(s) de teléfono: _____

Correo Electrónico: _____

Por favor, firmar y poner fecha abajo. Esto es necesario para completar este formulario. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su reclamación.

Firma del demandante

Fecha

Por favor, envíe este formulario en persona o por correo a la siguiente dirección:
Valley Village- Departamento de Recursos Humanos Título VI
20830 Sherman Way.
Winnetka, CA 91306