



Our mission is to protect, foster,  
develop and advance the rights  
and interests of people with  
developmental disabilities.  
[www.valleyvillage.org](http://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](http://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