



Victor Treatment Centers
Titulo VI Plan de Anti-Discriminacion
Queja de Discriminacion

1. Nombre del Demandante _____

2. Direccion _____

3. Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

4. Numero telefonico (casa): _____ (de negocio): _____

5. Persona discriminada (si es el Demandante)

a. Nombre _____

b. Direccion _____

c. Ciudad _____ Estado _____ Codigo Postal: _____

d. Namero telefonico (casa): _____ (de negocio): _____

6. Cual de las siguientes opciones describe mejor la razon por la que cree que la discriminacion se llevo a cabo? Fue debido a su: (encierre la respuesta en un cfrculo):

A . Raza

b. Color de piel

c. Origen Nacional

7. Que fecha ocurrio la supuesta discriminacion? _____

8. En sus propias palabras, describe la supuesta discriminacion. Explique lo que ocurrio y quien considera que fue la persona responsable. *Favor de usar la parte de atras de este formulario si necesita mas espacio para escribir.*

9. „Haz presentado esta denuncia a cualquier otro programa federal, estatal, local o cualquier corte federal o estatal? (encierre en un circulo): Si NO

Eligio Si: circule lo que aplique

a. Agencia Federal

b. Corte Federal

- C. Agencia Estatal
- d. Corte Estatal
- e. Agencia Local

10. Favor de darnos, la informacion del contacto de la persona en la agencia/corte:

a. Nombre _____

b. Direccion _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Codigo Postal: _____

Por favor firme abajo. Puede entregar mas material escrito o cualquier otra informacion que usted considere relevante a su denuncia.

Firma _____ Fecha _____

Este formulario se puede se entregado por correo, electronico o en persona a:

This completed form to via mail or in person to:

Victor Treatment Centers

Region Director

36 South Kinneloa Ave

Suite 100

Pasadena, CA 91107

Tambien puede submitir esta forma for fax al:

626-609-2909

O al buson de correo electronico:

kim.diep@victor.org

