



FAME Corporations  
1968 W Adams Blvd  
Los Angeles, CA 90018

info@famecorporations.org  
(323) 643-1675

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 y los estatutos y reglamentos no discriminatorios relacionados requieren que ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, sea excluida de la participación en, se le nieguen los beneficios de, o esté sujeto a discriminación bajo cualquier programa o actividad que recibe asistencia financiera federal. Además del Título VI, FAME Corporation también prohíbe la discriminación por motivos de sexo, edad, discapacidad, religión, condición médica, estado civil u orientación sexual.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su reclamo. Si necesita ayuda para completar este formulario, háganoslo saber.

Por favor llenar y completar esta forma y mandar a: FAME Corporations, 1968 W. Adams Blvd Los Angeles, CA 90018

1. Nombre: \_\_\_\_\_
2. Direccion: \_\_\_\_\_
3. Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_
4. Telefono: \_\_\_\_\_ (casa) \_\_\_\_\_ (trabajo)
5. Persona discriminada (si es alguien más que el demandante)  
Nombre: \_\_\_\_\_  
Direccion: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Codigo Postal: \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor la razón por la que cree que se produjo la discriminación? Fue por su:

- |          |                          |                    |                          |                 |                          |
|----------|--------------------------|--------------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|
| a. raza  | <input type="checkbox"/> | c. origen nacional | <input type="checkbox"/> | e. edad         | <input type="checkbox"/> |
| b. color | <input type="checkbox"/> | d. sexo            | <input type="checkbox"/> | f. discapacidad | <input type="checkbox"/> |



FAME Corporations
1968 W Adams Blvd
Los Angeles, CA 90018

info@famecorporations.org
(323) 643-1675

- g. religion
h. Condicion Medica
i. estado civil
j. orientacion sexual

7. ¿En qué fecha tuvo lugar la supuesta discriminación?

8. En sus propias palabras, describa la supuesta discriminación. Explica qué sucedió y quién cree que fue el responsable. Utilice atras de este formulario si necesita espacio adicional.

Four horizontal lines for writing the answer to question 8.

9. ¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local? o con cualquier tribunal federal o estatal? Si: No:

Si su respuesta fue si, por favor escoja los cuadros que corresponde

- Agencia Federal
Corte Federal
Agencia Estatal
Corte Estatal
Agencia Local

10. Por favor dar información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja

Nombre:
Direccion:
Ciudad: Estado: Codigo Postal:

11. Por favor firme abajo. Puede incluir cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo.

Firma

Fecha