



### INFORMACIÓN DEL QUERELLANTE

NOMBRE \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN RESIDENCIAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PUEBLO, ESTADO

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PUEBLO, ESTADO

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

TELÉFONO \_\_\_\_\_

OTRO \_\_\_\_\_

DURANTE HORAS LABORALBES

### INFORMACIÓN DE LA INSTITUCIÓN QUERELLADA

NOMBRE COMPLETO \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN FÍSICA \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PUEBLO, ESTADO

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

DIRECCIÓN POSTAL \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
PUEBLO, ESTADO

\_\_\_\_\_  
CÓDIGO POSTAL

TELÉFONOS \_\_\_\_\_

### OTRA INFORMACIÓN REQUERIDA

1. Detalle de manera breve los **hechos que dan origen a su reclamación** (continúe al dorso de ser necesario)

2. Indique la disposición legal aplicable a su reclamo (si la conoce)

3. Indique la solución o remedio que solicita

4. Indique si está disponible para declarar bajo juramento o afirmación, de ser necesario

**SI**

**NO**

\_\_\_\_\_  
Firma del querellante

\_\_\_\_\_  
Fecha



1. (continuación) **Hechos que dan origen a la reclamación:**