

Cuestionario General

Nombre: _____ Fecha: _____

Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Nombre de la víctima (si es diferente) _____

Fecha de nacimiento _____

¿A donde fue el incidente (ciudad/condado/estado)? _____

¿En que fecha ocurrió el incidente (sea lo más específico que pueda)? _____

Por favor describa el incidente detallando lo mayor posible e incluyendo los nombres de los individuos y las instituciones involucradas:

¿Ha recibido una explicación de lo que pasó? SI NO
Si es si, quien ¿Cual fue la explicación?

¿Por qué piensa que esto le pasó a usted?

¿Ha contactado a otra agencia? SI NO
 ¿Si lo ha hecho, cual es la agencia y cual es el status de su queja?

¿Ha consultado un abogado? SI NO
 ¿Si lo ha hecho, cual es el nombre y del abogado y de al agencia en contacto?

¿Qué acción ha tomado el abogado? Se es que hay alguna.

¿Podemos contactar el abogado? SI NO

¿Ha tratado algo usted mismo para resolver este problem? SI NO
 Si lo ha hecho, describa sus esfuerzos:

¿Qué le gustaría que el ACLU haga por usted?

**ACLU of Pennsylvania
P.O. Box 60173
Philadelphia, PA 19102**