



**Community Counseling Center  
of Central Florida, LLC**

P.O. Box 161585  
Altamonte Springs, FL 32716-1585  
W. 407.291.8009  
F. 407.770.5503  
www.ccccf.org

**2021 EL FORMULARIO DE QUEJAS**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**DECLARANDO DE MI QUEJA FORMAL ES DE LA SIGUIENTE MANERA:**

---

---

---

---

---

**MI SOLUCION PROPUESTA ES:**

---

---

---

---

---

**FIRMA DEL DENUNCIANTE:**

\_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

---

---

**RESPUESTA POR LA DRA. CORRIE KINDYL:**

---

---

---

---

---

---

**FIRMA:** \_\_\_\_\_ **FECHA:** \_\_\_\_\_ **HORA:** \_\_\_\_\_

---

---

Yo, \_\_\_\_\_, he revisado la mencionada respuesta a mi queja y la reclamación se ha resuelto a mi satisfacción.

Firma: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
denunciante

---

---

I, \_\_\_\_\_, he revisado la mencionada respuesta a mi queja y la reclamación no se ha resuelto a mi satisfacción o comprensión.

FIRMA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_  
denunciante