

FORMULARIO DE QUEJA ADA

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad en el gobierno estatal y local, los lugares públicos, las instalaciones comerciales, el transporte y las telecomunicaciones.

Este formulario puede ser utilizado para presentar una queja ante ATRANS por presuntas violaciones al Título II de los Americanos con Discapacidades (ADA) y la Sección 504B de la Ley de Rehabilitación. Si necesita ayuda para completar este formulario o si lo necesita en otro idioma, comuníquese con la Sra. Evelyn Green al 318-441-6091.

Los formularios completos se pueden enviar por correo a City of Alexandria ATRANS, ATTN: Evelyn Green, PO Box 71, Alexandria, LA 71309-0071, por fax al 318-441-6047 o por correo electrónico a evelyn.green@cityofalex.com.

NOMBRE	TELÉFONO NO.	NÚMERO DE TELÉFONO ALTERNO	
DIRECCIÓN			
CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO		FECHA	
MÉTODO DE CONTACTO PREFERIDO			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Correo electrónico	Teléfono	Correo	
SELECCIONE CADA UNO DE LOS SIGUIENTES QUE SON APLICABLES A LA QUEJA DE DISCRIMINACIÓN O BARRERA DE ACCESO			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Derechos de paso públicos	Programa	Servicio	Actividad
PROPORCIONE UNA EXPLICACIÓN DETALLADA DE LA BARRERA DE ACCESIBILIDAD O QUEJA DE DISCRIMINACIÓN			
<p>(Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Incluya también la fecha de el incidente si es diferente de la fecha en que se presenta la queja. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que cree que lo discriminaron, así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita espacio adicional, escriba al dorso de este formulario.)</p> <hr/>			

(20/05)

¿HA PRESENTADO UNA QUEJA ANTE CUALQUIER OTRA AGENCIA FEDERAL, ESTATAL O LOCAL?

SÍ

NO

SI ES ASÍ, ENUMERE AGENCIA/AGENCIAS E INFORMACIÓN DE CONTACTO A CONTINUACIÓN:

Nombre de agencia:	Nombre de contacto:
Calle, Ciudad, Estado y Código Postal:	Teléfono no:
Nombre de agencia:	Nombre de contacto:
Calle, Ciudad, Estado y Código Postal:	Teléfono no:

BRINDAR SOLUCIÓN A LA DENUNCIA:

FIRMA DEL DEMANDANTE

FECHA

Las leyes aplicadas por esta agencia prohíben las represalias o la intimidación contra cualquier persona porque haya tomado medidas o participado en acciones para asegurar los derechos protegidos por estas leyes. Si experimenta represalias o intimidación además de la discriminación alegada en esta queja, o si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con nosotros por teléfono al 318-441-6091.

SOLO USO DE OFICINA

FECHA DE RECIBO:

RECIBIDO POR: