

Formulario De Quejas para la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA por sus siglas en Inglés)

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa/Celular):			Teléfono (Trabajo):	
Correo electrónico:				
¿Necesita un formato accesible?	Letra grande		Cinta de audio	
	Teléfonos de texto y de texto (TDD)		Otro:	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre? *			Sí	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.				
En caso contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona para quien está presentando la solicitud:				
¿Has obtenido permiso de esta persona?			Sí	No
Sección III:				
Si cree que fue discriminado debido a una discapacidad, proporcione todos los detalles posibles sobre la presunta discriminación.				
Fecha de la presunta discriminación (mes, Día, Año): _____ Tiempo: _____ Tránsito Línea/Ruta: _____ Identificación del vehículo o Nombre: _____ Ubicación: _____ Nombre(s) del(los) empleado(s) involucrado(s): _____ _____ _____ Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de este forma. _____ _____ _____ _____				

[illegible]

Sección IV		
¿Ha presentado previamente una queja ADA ante esta agencia?	Sí	No
Nombre de contacto:	Número telefónico:	
Sección V		
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?		
☐ Sí ☐ No		
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:		
☐ Federal Agencia: _____	☐ Federal Corte: _____	
☐ Estado Agencia: _____	☐ Estado Corte: _____	
☐ _____	☐ Local Agencia: _____	
☐ _____	☐ Local Corte: _____	
Proporcione información de contacto de la persona con la que habló en la agencia mencionada anteriormente:		
Nombre:	Título:	
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. A continuación se requiere su firma y fecha:

Fecha de la firma

Si necesita ayuda para completar este Formulario, comuníquese con Access to Healthcare Network a:

Roni Fox, Vice President of Human Resources

Por favor envíe este formulario en persona a la siguiente dirección o envíelo por correo a:

Roni Fox, Vice President of Human Resources

VFox@AHNNV.org