



Ciudad de El Centro
Ley para Estadounidenses con Discapacidades
Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973.
Formulario de Reclamo

Instrucciones: Por favor llene este formulario completamente. Se recomienda una respuesta impresa o mecanografiada. Firme y regrese a la dirección en la última página por correo electrónico, fax, correo o en persona. Si necesita una adaptación para completar o enviar este formulario, comuníquese con el Coordinador de ADA como se indica en este formulario.

1. Reclamante:

Dirección:

Ciudad, Estado y Código Postal:

Teléfono: Hogar: _____ Negocio: _____

2. Persona víctima de discriminación (si no es el demandante):

Dirección:

Ciudad, estado y código postal:

Teléfono: Hogar: _____ Negocio: _____

3. Departamento o persona que usted cree que ha discriminado (si se conoce):

Nombre: _____

Dirección:

Ciudad, Estado y Código Postal:

Número de teléfono:

¿Cuándo ocurrió la discriminación? Fecha:

4. Describa los actos de discriminación, proporcionando el (los) nombre (s) de los individuos que discriminaron:

5. ¿Se han realizado esfuerzos para resolver esta queja? Sí _____ No _____

En caso afirmativo: ¿qué esfuerzos se han realizado y cuál es el estado de la queja?

6. ¿Se ha presentado la queja ante otra oficina, como el Departamento de Justicia o cualquier otra agencia federal, estatal o local de derechos civiles o tribunal? Si _____ no _____

En caso afirmativo:

Agencia o Corte:

Persona de contacto:

Dirección:

Ciudad, estado y código postal:

Número de teléfono: _____ Fecha de presentación: _____

7. ¿Tiene la intención de presentar una demanda ante otra agencia o tribunal?

Sí _____ No _____

Agencia o Corte:

Dirección:

Ciudad, Estado y Código Postal:

Número de teléfono:

8. Comentarios adicionales o información:

Firma: _____ Fecha _____

Enviar a:

Frank Soto, Coordinador de ADA

Ciudad de El Centro

1275 W. Main St.

El Centro, CA 92243

fsoto@cityofelcentro.org

Teléfono: (760)

Fax: (760) 337-2319

TTY: para ayuda, marque al 711