



**Forma Para Poner una Queja  
para ADA Discapacidad**

*Nota: La siguiente información se necesita para procesar su queja.*

**Información de la persona que está poniendo la queja:**

Nombre: Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono(Casa): \_\_\_\_\_  
Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

**Persona A La Que Se Discriminó (alguien que no sea la persona que está poniendo la queja)**

Nombre: Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono(Casa): \_\_\_\_\_  
Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

**¿Cuál de las siguientes razones describe por lo que usted siente que se le discriminó?**

Discapacidad (Ley ADA de 1990) re: una persona que tiene un impedimento físico o mental que limita sustancialmente una o más actividades importantes de la vida )

**¿En qué fecha(s) sucedió la discriminación?** \_\_\_\_\_

**Describa la presunta discriminación. Explique qué sucedió y quién cree usted que fue responsable (si necesita más espacio, agregue otra hoja).**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Escriba una lista con los nombres de las personas que puedan tener conocimiento de la presunta discriminación y cómo contactarlas.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**¿Ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier corte federal o estatal? Marque todas las que apliquen.**

Agencia Federal \_\_\_\_\_ Corte Estatal \_\_\_\_\_ Corte Federal \_\_\_\_\_  
Agencia Local \_\_\_\_\_ Agencia Estatal \_\_\_\_\_

**Por favor proporcione información de la persona a la que presentó su queja en la agencia/corte.**

Nombre: \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Ciudad/Estado/Código Postal: \_\_\_\_\_  
Teléfono(Casa): \_\_\_\_\_  
Teléfono (Trabajo): \_\_\_\_\_

**Por favor firme abajo. Puede anexar cualquier material escrito u otra información que usted crea que es relevante sobre su queja.**

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona que presenta la queja \_\_\_\_\_  
Fecha

**Número de Anexos:** \_\_\_\_\_

**Someta la forma y cualquier información adicional a:**

Centro de Salud y Recuperación -Director de programa  
1950 W. Heatherbrae Dr. Suite 5  
Phoenix, AZ 85015  
602-246-7607

Puede encontrar una copia de este formulario en línea en <https://azchr.org/privacy-and-rights/>