



**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/>