

## ADA - Forma para Presentar Quejas

---

### El Título II del Acta de Americanos con Discapacidad (ADA) de 1990 y la Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973 Prohíben la Discriminación por motivos de Discapacidad

Por favor provea la siguiente información ya que es necesaria para procesar su queja. Si requiere ayuda para completar esta forma, por favor infórmenos. Del Título II de ADA quejas deben ser presentadas dentro de los 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación. Complete esta forma y envíela o llévela a:

Transfort/Dial-A-Ride, ADA, 6570 Portner Road, Fort Collins, CO 80525

Llámenos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. al tel. 970-221-6620 ó envíe su correo electrónico a [TransfortInfo@fcgov.com](mailto:TransfortInfo@fcgov.com)

---

1) Nombre de la persona que presenta la queja: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa/Celular): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

2) Persona que fue sujeto de discriminación (si no es el declarante)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (Casa/Celular): \_\_\_\_\_ (Trabajo): \_\_\_\_\_

3) Oficina gubernamental, organización o institución contra la que presenta la queja:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

4) Fecha del incidente que dio lugar a la queja: \_\_\_\_\_

5) Describa la queja. ¿Qué fue lo que sucedió y quien fue el responsable? (si es posible, provea nombres de las personas involucradas). Si requiere más espacio, adjunte hojas adicionales según sea necesario.

---

---

---

---

6) ¿Dónde sucedió el incidente? Por favor indique el lugar, número de bus, etc.

7) ¿Testigos? Por favor provea la información de contacto de los testigos.

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (*Casa/Celular*): \_\_\_\_\_ (*Trabajo*): \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono (*Casa/Celular*): \_\_\_\_\_ (*Trabajo*): \_\_\_\_\_

8) ¿Se ha hecho algún esfuerzo para resolver esta queja mediante el procedimiento interno de resolución de quejas de la oficina gubernamental, organización, o institución correspondiente?

Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿Cuál es el estatus de la resolución de esta queja?

9) ¿Presentó usted esta queja con alguna otra agencia federal, estatal, o local: o con una corte federal o estatal?

Sí  No

Si la respuesta es Sí, marque cada una de las agencias en donde presentó la queja:

Agencia Federal  Corte Federal  Agencia Estatal

Corte Estatal  Agencia Local  Otros

Por favor provea la información de la persona que lo atendió en esa agencia, corte u oficina:

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha en que presentó la queja: \_\_\_\_\_

---

**Firme la queja en el espacio abajo. Adjunte cualquier documento que usted considere que apoya su queja.**

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que presenta la queja

\_\_\_\_\_  
Fecha de la Firma