

# Formulario para Presentar Quejas de ADA

---

## Formulario para presentar quejas por discriminación según el Título II de la Ley Estadounidense para Personas con Discapacidad (ADA) de 1990 y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973

Por favor proporcione la siguiente información necesaria para procesar su queja. Hay ayuda disponible si la solicita. Las quejas de ADA deberán ser presentadas dentro del plazo de 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación. Complete este formulario y envíelo o llévelo a:

ADA Coordinator, Jan Reece, 300 Laporte Ave., Fort Collins, CO 80521

Tel: 970-416-4254 o correo electrónico: [adacoordinator@fcgov.com](mailto:adacoordinator@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 se 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 sucedió y quién fue el responsable? (*Si es posible, proporcione nombres de las personas involucradas*). Si requiere más espacio, adjunte hojas adicionales según sea necesario.**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## Formulario para Presentar Quejas de ADA

---

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

---

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

Testigo N.º 1 Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

Testigo N.º 2 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 esta queja con alguna otra agencia federal, estatal o local; o con un tribunal federal o estatal?  Sí  No

Si la respuesta es Sí, marque cada una de las agencias donde presentó la queja:  Agencia Federal  Tribunal Federal  Agencia Estatal  Tribunal Estatal  Agencia Local  Otros

Por favor proporcione la información de contacto de la persona que lo atendió en esa agencia, tribunal 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 apoye su queja.

---

Firma de la persona que presenta la queja

---

Fecha