

FORMULARIO DE QUEJA CONTRA LA DISCRIMINACION
BAJO ADA
Basado en la discapacidad

Sección I		
Nombre:		
Domicilio:		
Teléfono (domicilio):		Teléfono (trabajo):
Dirección del correo electrónico:		
Requisitos Accesibles al formulario	Letra grande	Cinta Auditiva
	TDD	Otros
Sección II		
¿Esta Ud., llenando este formulario para Ud. mismo?	Si	No
*Si la respuesta es SI complete la Sección III.		
Si es NO, por favor del nombre y su parentesco con la persona para quien está completando el formulario.		
Por favor explique porque Ud. llena el formulario para una tercera persona.		
Por favor confirme que Ud. tiene autorización de esta tercera persona afectada.		
Por favor confirmé que Ud., tiene autorización de la persona tirad partí.	Si	No
Sección III		
¿Anteriormente Ud. ha llenado un formulario de reclamo bajo la Clausula VI con esta Agencia?	<p>Yo creo que la discriminación que yo experimente estuvo basada en (indique lo que se aplique)</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidad</p> <p>Fecha de cuando ocurrió el hecho (Mes, Dia, Ano):</p> <p>_____</p>	

FORMULARIO DE QUEJA CONTRA LA DISCRIMINACION
BAJO ADA
Basado en la discapacidad

Sección IV		
¿Ha presentado anteriormente una queja del Título VI con esta agencia?	Si	No
Sección V		
Ud. ha presentado este reclamo ante alguna otra Agencia Federal, Estatal o local o ante alguna Corte Federal o Estatal		
[] Si [] No		
Si la respuesta es SI: complete los datos que se aplican.		
[] Federal Agency _____		
[] Corte Federal _____		[] Agencia Estatal

[] Corte Estatal _____		[] Agencia Local

Por favor dar información del contacto de la agencia/corte donde está su reclamo:		
Nombre:		
Titulo:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
Sección VI:		
Nombre de la agencia donde está su reclamo:		
Contacto:		
Titulo:		
Teléfono:		

FORMULARIO DE QUEJA CONTRA LA DISCRIMINACION
BAJO ADA
Basado en la discapacidad

Puede adjuntar materiales escritos y otra información pertinente a su reclamo.

Su firma y fecha abajo es necesaria.

Firma

Fecha

Por favor presente esta forma personalmente o enviar por correo a:

Coordinador del Título VI / Oficial de Derechos Civiles
Putnam County Department of Planning, Development & Public Transportation
841 Fair Street
Carmel, NY 10512
Correo Electrónico: planning@putnamcountyny.gov
Teléfono: (845) 878-3480
Fax: (845) 808-1948