



Formulario de reclamo por discriminación de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (por sus siglas en Ingles “ADA”) y Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973

Instrucciones: Si usted considera que la FSL y afiliados (por sus siglas en inglés) cometió discriminación en contra de una o más personas, en base a una enfermedad o discapacidad, por favor llene este formulario por completo, fírmelo y envíelo a la dirección que aparece en la siguiente página.

Otros medios para presentar reclamos, como por ejemplo entrevistas personales o una grabación del reclamo, estarán disponibles para las personas con discapacidades, a petición previa. Para obtener asistencia, llame al (602) 285-0505 x219 or TTY 711.

Nombre del demandante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencia: _____ Teléfono trabajo: _____

Nombre de la víctima de discriminación:
(Si es distinto al del demandante) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencia: _____ Teléfono trabajo: _____

¿En qué fecha ocurrió el acto de discriminación? _____

Describa los actos de discriminación, suministrando el o (los) nombre(s), de ser posible, de los individuos responsables de los actos discriminatorios (use el espacio adicional en la siguiente página de ser necesario):

¿Se presentó el reclamo ante otra oficina del Ministerio de Justicia o algún tribunal o organismo de derechos civiles federal, estatal o local? Sí No

En caso afirmativo, indique organismo o tribunal: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Fecha de presentación del reclamo: _____

Espacio adicional para las respuestas:

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor envíe el formulario a:

Coordinador de ADA
FSL y afiliados
1201 E. Thomas Road
Phoenix, AZ 85014

o por correo electrónico a dkavanagh@fsl.org