



# LEY PARA AMERICANOS CON DISCAPACIDADES / ARTÍCULO 504 - PETICIÓN PARA QUEJAS

Nombre de Persona Que Presenta la Queja: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Zona Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ (Voz o Teletipo)

### Por favor Indique la Institución / Oficina Local

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

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Nombre del Trabajador(a) y  
Título: \_\_\_\_\_

Programa / Nombre del Servicio: \_\_\_\_\_

Por favor incluya hechos alegados y el tipo de la negación o discriminación alegada (incluya nombre(s) y número de teléfono (s) de testigo(s). Si necesita espacio adicional, añada otra página:

Por favor especifique la fecha de la negación o discriminación alegada: \_\_\_\_\_

Restitución Pedida: \_\_\_\_\_

Firma de Persona Que Presenta la Queja

Fecha

El Coordinador del Acta de Americanos con Discapacidades proveerá una respuesta por escrito de la queja dentro de los 45 días de haber recibido la Petición de Quejas. Si lo desea, este formulario también está disponible en braille, letra de imprenta grande, cinta de audio o disco de computadora.

Envíe el formulario completado a: **DHS-ADA Coordinator  
Bureau of Accessibility and Job Accommodation  
401 South Clinton, 3rd Floor  
Chicago, IL 60607**