

Formulario de Queja para Reportar Discriminación durante el proceso de ADA

La Ley de Estadounidenses para personas con discapacidades (ADA) prohíbe la discriminación basada en condición o discapacidad.

La información solicitada es necesaria para asistirnos en el procesamiento de su queja. Por favor avísenos si usted requiere ayuda en completar esta forma.

Complete y devuelva esta forma a: VCTC Director of Programming, 950 County Square Drive, Suite 207, Ventura, CA 93003.

1. Nombre del reclamante: _____

2. Dirección: _____

3. Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

4. Número de teléfono (casa): _____ (negocio): _____

5. Persona quien sufrió la discriminación (si no es el reclamante):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

6. Fecha en que ocurrió la discriminación alegada:

7. En sus propias palabras, describa la discriminación alegada. Explique lo que ocurrió y quien usted cree que fue responsable. Por favor use otra página (o el reverso de la forma) si necesita más espacio.

8. ¿Ha presentado esta queja con cualquier otra agencia gubernamental, o con algún tribunal federal o estatal? Sí: No:

Si la respuesta es sí, marque cada caja que aplica:

agencia federal tribunal federal agencia estatal
tribunal estatal agencia local

9. Por favor proporcione la información sobre una persona de contacto en la agencia o tribunal donde la queja fue presentada.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

10. Por favor firme abajo. Usted puede incluir cualquier material escrito u otra información que usted cree es pertinente a su queja.

Firma del Reclamante

Fecha