

**Formulario de Quejas de Discriminación relacionada con
La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with
Disabilities Act, ADA)**

Instrucciones: Favor de rellenar este formulario en su totalidad en tinta negra o a máquina. Fíremelo y devuélvelo atención City of Pueblo – ADA Coordinator, 211 East D Street, Pueblo, CO 81003. Esta información se mantendrá confidencial a menos que usted indique lo contrario. Tenga en cuenta que este procedimiento de quejas es para instalaciones, servicios, y programas que son propiedad de la Ciudad de Pueblo u operados por esta.

Querellante: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, y Código Postal: _____

Números de teléfono:

Casa: _____ Trabajo: _____ Celular: _____

Motivo de la queja, o por qué siente que ha sido discriminando. Por favor sea específica y proporcione la mayor cantidad de información posible, por ejemplo lugares, fechas, hora, nombres.

Firma: _____

Si tiene preguntas sobre este formulario, necesita una adaptación o formato diferente, por favor comuníquese con el Coordinador de ADA de Pueblo al (719) 553-2271 o Email croy@pueblo.us (se habla español)

Espere 15 días hábiles para investigar y responder a su queja.