

División de Igualdad de Oportunidades de Desarrollo

## Formulario de queja según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades

Utilice este formulario para presentar una queja basada en una discapacidad sobre la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios.

Entregue este formulario al coordinador de la ADA, delegado para adaptaciones razonables (DRA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo del Estado de NY (director de la División de Igualdad de Oportunidades de Desarrollo [DEOD]); puede encontrar la información de contacto del coordinador de la ADA/DRA (director de la DEOD) en [www.labor.ny.gov](http://www.labor.ny.gov).

### Información del quejoso:

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

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_ Teléfono celular: \_\_\_\_\_

Dirección de casa: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

1. La queja que presenta es en contra de:

Agencia estatal: \_\_\_\_\_

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

Título: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

2. Lugares y fechas de las circunstancias que motivaron su queja:

¿Las circunstancias que motivaron su queja siguen existiendo?  Sí  No

3. Describa la presunta denegación de servicios, actividades, programas o beneficios y sus motivos para concluir que la conducta fue discriminatoria. Incluya los nombres de los testigos, si los hay, y adjunte información de sustento, si la tiene disponible.

4. A. ¿Ha presentado una reclamación referente a esta queja ante una agencia del gobierno federal, estatal o local?

Sí  No

B. ¿Ha contratado a un abogado respecto a las acusaciones de la queja?

Sí  No

C. ¿Ha iniciado una demanda legal o acción judicial referente a esta queja?

Sí  No

5. Este formulario de queja fue contestado por:

Coordinador de la ADA  Quejoso

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_