

PROGRAMAS QUE EMPLEAN PERSONAS - FORMULARIO DE QUEJA ADA

Los Programas que emplean personas se asegurará de que ninguna persona calificada, sobre la base de su discapacidad, sea excluida de la participación, se le nieguen los beneficios o sea sujeta a discriminación en cualquiera de sus programas, servicios o actividades según lo dispuesto por la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990.

Cualquier persona que ha sido discriminada por motivos de discapacidad debe acudir visitar pepservices.org o la oficina principal para completar el formulario de queja de la ADA.

Puede enviar el formulario de queja por correo electrónico a la oficina en Robert.Scott@pepservices.org

También puede enviar este formulario en persona a la dirección a continuación, o enviarlo por correo a:

Programas que emplean personas
Coordinador de ADA o representante de quejas de clientes
1200 South Broad Street
Filadelfia PA., 19115

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):			Teléfono (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:				
¿Formato accesible requisitos de?	Letra grande		Cinta de audio	
	TDD		Otro	
Sección II:				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			Sí*	No
* Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.				
De lo contrario, proporcione el nombre y el parentesco de la persona por la que presenta la queja:				
Explique por qué presentó la solicitud a nombre de un tercero:				

Confirme que obtuvo el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.	sí	No
--	----	----

Sección III:

Fecha del incidente (mes, día, año): _____

Describa el supuesto incidente de discriminación por discapacidad. Explique lo que pasó, cómo fueron discriminados, y todas las personas involucradas. Incluya el nombre del persona (s) que lo discrimina (si se conoce), así como los nombres y contacto información desde cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.

—

—

—

—

Sección IV

¿Ha presentado anteriormente una queja de la ADA ante esta agencia?	sí	No
---	----	----

Sección V

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? Sí No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

Agencia Federal: _____

Corte federal _____ Agencia del estado _____

Tribunal estatal _____ Agencia local _____

Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.

Nombre:	Cargo:
Agencia:	
Dirección:	
Teléfono:	

Sección VI	
Nombre de la agencia en contra de la queja:	
Persona de contacto:	Cargo:
Número de teléfono:	

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.
Firma y fecha requerida a continuación

Firma

Fecha