

Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y formulario de reclamación de la Sección 504

Este formulario de queja en virtud de la ADA y la Sección 504 será utilizado por la ciudad de Burleson para documentar y abordar las quejas de personas con discapacidad que reúnan los requisitos necesarios para acceder a los programas, servicios y/o actividades de la ciudad. **Para obtener más información, incluyendo información sobre sus derechos, visite <https://www.burlesontx.com/2867/Americans-with-Disabilities-Act>.**

Una vez completado, devuelva este formulario firmado utilizando uno de los siguientes métodos:

Por correo postal o en persona:	Ciudad de Burleson A la atención de: Coordinador de la ADA 141 W Renfro St Burleson, TX 76028
Correo electrónico:	ADA@burlesontx.com
Fax:	(817) 426-0481

Si necesita ayuda o requiere otro formato accesible, llame al coordinador de la ADA al (817) 426-9640, TTY: 711 o envíe un correo electrónico a ADA@burlesontx.com.

INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

Apellidos:	Nombre:
Dirección postal:	
Ciudad/Estado/Código postal:	Número de teléfono:
Teléfono alternativo:	
Dirección de correo electrónico:	

MOTIVO DE LA QUEJA

Marque todas las opciones que correspondan a continuación para indicar el motivo de su queja:

Solicitud de alojamiento ☐ Programa/servicio/actividad ☐ Accesibilidad de las instalaciones ☐

Otro (☐ , por favor especifique) _____

Indique la fecha y la hora del incidente.

Indique el lugar o las instalaciones en que se produjo.

Describa la queja/incidente con el mayor detalle posible. Añada páginas adicionales si es necesario.

Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y formulario de reclamación de la Sección 504

Nombres de las personas (testigos, empleados u otros) con las que podemos ponernos en contacto para obtener información adicional que respalde o aclare su queja. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

Nombre	Dirección postal y/o dirección de correo electrónico	Teléfono
		()
		()
		()
		()

¿Se ha intentado resolver el asunto a través de algún departamento municipal? En caso afirmativo, describa los esfuerzos realizados e indique el nombre, el cargo y la fecha de la conversación.

Explique brevemente qué solución o reparación solicita.

Proporcione cualquier información adicional y/o fotografías, si procede, que considere que puedan ayudar a examinar esta queja.

EL AYUNTAMIENTO NO PUEDE ACEPTAR RECLAMACIONES SIN FIRMAR. ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA, FIRME Y FECHE EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN A CONTINUACIÓN:

Nombre del reclamante en letra de imprenta:	Fecha:
Firma del reclamante:	
Nombre en letra de imprenta de la persona que prepara la queja (si es diferente del reclamante):	
Relación con el reclamante:	

Para uso exclusivo de la oficina

Fecha de recepción de la queja: _____ Número de caso: _____
Recibido por: _____ Fecha de remisión: _____