

Organización de Planificación Metropolitana del Área de Lexington

Formulario de queja por discriminación de la ADA

El Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) establece que “ninguna persona con una discapacidad que de otro modo califique será, únicamente por la razón de dicha discapacidad, excluida de la participación, denegada de los beneficios o sujeta a discriminación”. en la prestación de servicios, programas y actividades gubernamentales. Este proceso de quejas está diseñado para que los miembros del público resuelvan conflictos con la Organización de Planificación Metropolitana del Área de Lexington que involucren alegaciones de discriminación en el acceso a los programas, servicios o actividades de la MPO.

Section I: Please Write Legibly				
1. Nombre:				
2. Dirección:				
3. Teléfono:			Teléfono secundario (opcional):	
4. Dirección de correo electrónico:				
5. ¿Requisitos de formato accesible?	letra grande		Cinta de audio	
	TDD		Otra	
Section II:				
6. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			SI*	NO
*Si respondió “sí” a la pregunta #6, vaya a la Sección III.				
7. Si respondió “no” a la pregunta n.º 6, ¿cuál es el nombre de la persona a nombre de la cual está presentando esta queja? Nombre:				
8. ¿Cuál es su relación con este individuo?:				
9. Explique por qué ha solicitado a un tercero:				
10. Confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada para presentar en su nombre.			SI	NO
Section III:				
11. Tipo de discapacidad: <input type="checkbox"/> Física <input type="checkbox"/> Mental <input type="checkbox"/> Otra				
12. Proporcione la fecha y el(los) lugar(es) de la(s) supuesta(s) acción(es) discriminatoria(s). Incluya la fecha más antigua de discriminación y la fecha más reciente de discriminación.				

13. ¿Cómo te discriminaron? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la supuesta discriminación. Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que su estado de protección (base) fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

14. La ley prohíbe la intimidación o las represalias contra cualquier persona porque haya tomado medidas o haya participado en acciones para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si cree que ha sufrido represalias, además de la discriminación alegada anteriormente, explique las circunstancias. Indique qué acción tomó y que cree que fue la causa de la supuesta represalia. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

15. Nombres de las personas, agencias o departamentos responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):

	Nombre:	Dirección:	Teléfono:
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

16. Nombres de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) a quienes podemos contactar para obtener información adicional para respaldar o aclarar su queja: (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

	Nombre:	Dirección:	Teléfono:
1.	_____	_____	_____
2.	_____	_____	_____
3.	_____	_____	_____
4.	_____	_____	_____

17. Proporcione cualquier información y/o fotografías adicionales, si corresponde, que crea que ayudarán con una investigación. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).		
18. ¿Fotografías enviadas con la denuncia? ___ SI ___ NO		
Section IV:		
19. ¿Ha presentado anteriormente una queja de ADA ante la MPO del área de Lexington?	SI	NO
Section V:		
20. ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> SI* <input type="checkbox"/> NO En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Agencia Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia del estado _____ <input type="checkbox"/> Corte federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____ <input type="checkbox"/> Tribunal estatal _____		
21. Si respondió "sí" a la pregunta #20, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Telefono:	Correo electrónico:	

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Se requiere la firma y la fecha a continuación para completar el formulario:

Firma: _____

Fecha: _____

Envíe el formulario y cualquier información adicional a:

Chris Evilia, Director
Organización de Planificación Metropolitana del Área de Lexington
Organization 101 East Vine Street, Suite 700 Lexington, KY 40507
Phone: 859-258-3167
cevilia@lexingtonky.gov