



City of Buckeye

Documento de reclamo por discriminación de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973

Instrucciones: Si considera que la Ciudad de Buckeye, ha cometido discriminación contra una o más personas debido a una enfermedad o discapacidad, por favor complete este documento en su totalidad, firme y envíelo a la dirección que aparece en la página siguiente.

Otros medios para presentar la queja, por ejemplo entrevistas personales o una grabación del reclamo, estarán disponibles para las personas con discapacidades, a petición previa. Para obtener asistencia, llame al (623) 349-6000 o TTY 711.

Nombre del demandante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencia: _____ Teléfono trabajo: _____

Nombre de la víctima de discriminación:
(Si es distinto al del demandante) _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono residencia: _____ Teléfono trabajo: _____

¿En qué fecha ocurrió el acto de discriminación? _____

Describa los actos de discriminación, proporcionando el (los) nombre(s) de los individuos que podrían ser responsables de dichos actos discriminatorios (utilice el espacio adicional en la página siguiente si es necesario).



¿Se presentó la denuncia ante otra oficina del Ministerio de Justicia o ante algún tribunal u organismo de derechos civiles, ya sea federal, estatal o local? Sí No

En caso afirmativo, indique organismo o tribunal: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Fecha de presentación de la demanda: _____

Espacio adicional para sus respuestas:

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor envíe el documento a:

ADA Coordinador
City of Buckeye
530 E. Monroe Avenue Buckeye, AZ 85326

o por correo electrónico a ADA@buckeyeaz.gov