



CITY OF

**TEXARKANA**

220 TEXAS BOULEVARD TEXARKANA TEXAS 75501

TEXAS

## Formulario de queja ADA / 504

---

### Sección I: Información del denunciante

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

### Sección II: Persona discriminada *(si es diferente del denunciante)*

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

Teléfono: \_\_\_\_\_

Relación con el denunciante: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código Postal: \_\_\_\_\_

### Sección III: Detalles de la queja

1. Fecha de la presunta discriminación: \_\_\_\_\_

2. Lugar del incidente: \_\_\_\_\_

3. Nombre(s) e información de contacto de la(s) persona(s) involucrada(s) (si se conoce(n)):

\_\_\_\_\_

4. ¿Cómo fue discriminado? Describa la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que su discapacidad influyó en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente a usted. (Adjunte páginas adicionales si es necesario):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

