



## Formulario de queja de A.D.A

### Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades Procedimiento de Quejas Internas de la Ciudad de Craig

Instrucciones: Por favor, rellene este formulario en su totalidad. Firme y devuélvalo a: Ciudad de Craig – Coordinador de la ADA, 300 West 4th Street, Craig, CO 81625. Esta información se mantendrá confidencial a menos que usted indique lo contrario. Tenga en cuenta que este procedimiento de queja es para instalaciones, servicios y programas que son propiedad y/u operados por la Ciudad de Craig.

Su nombre (denunciante): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfonos:

Hogar \_\_\_\_\_ Trabajo \_\_\_\_\_ Celda \_\_\_\_\_

Motivo de la queja o por qué siente que ha sido discriminado. Sea específico y proporcione la mayor cantidad de información posible, es decir, ubicación, fecha, hora, nombres, etc.

---

---

---

---

Su firma \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas sobre este formulario, necesita una adaptación o un formato diferente, comuníquese con el Coordinador de la ADA de Craig al (970) 826-2008 o envíe un correo electrónico [a lwhite@cityofcraig.org](mailto:a.lwhite@cityofcraig.org).

**Permítanos 15 días hábiles para investigar y responder a su queja.**