The Arc
Lehigh & Northampton Counties

Formulario de Queja ADA y Titulo VI

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad en el empleo, los gobiernos estatales y locales, los establecimientos públicos, las instalaciones comerciales, el transporte y las telecomunicaciones. Para estar protegida por la ADA, una persona debe tener una discapacidad o tener una relación o asociación con una persona con discapacidad.

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 establece que "Ninguna persona en los Estados Unidos podrá, por motivos de raza, color u origen nacional, ser excluida de la participación en, ni se le negarán los beneficios de, ni será objeto de discriminación en ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera federal."

Si considera que ha sido víctima de discriminación en los servicios de transporte público, proporcione la siguiente información para que The Arc of Lehigh and Northampton Counties pueda tramitar su queja. Presente quejas de la discriminación presunta entre 180 días de la fecha en que ocurrió.

Por favor, escriba toda la información con CLARIDAD:

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):		Teléfono (móvil):		
Dirección de correo electrónico:				
¿Requisitos de formato accesible?	Letra grande ☐	TDD ☐	Cinta de audio ☐	
	Otro ☐			
Sección II:				
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?			Sí*☐	No☐
* Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la **Sección III.**				
De lo contrario, proporcione el nombre y el parentesco de la persona por la que se queja:				
Explique por qué ha presentado una solicitud a nombre de un tercero:				
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.			sí☐	No☐

Sección III:
Creo que la discriminacion que experimente se baso en (marque todo lo que corresponda): □ Discapacidad □ Raza** □ Color** □Origen de Nacionalidad** Fecha de la supuesta discriminacion (mes, dia, ano):_____ Explique lo mas claramente possible lo que sucedio y por que cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la informacion de contacto de la (s) persona (s) que lo discriminaron (si se conocen), asi como los nombres y la informacion de contacto de los testigos. Si necesita mas espacio, utilice el reverse de este formulario. _____ _____ _____

Sección IV		
¿ Ha presentado previamente una queja por discrinacion ante esta agencia?	Sí☐	No☐
En caso afirmativo, proporcione cualquier informacion de referencia con respect a su queja anterior.		
Nombre:		
Titulo:		
Numero de Teléfono:		

Sección V	
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? ☐ Sí ☐ No En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: ☐ Agencia Federal: _____ ☐ Tribunal federal _____ ☐ Agencia del estado _____ ☐ Tribunal estatal _____ ☐ Agencia local _____	
Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.	
Nombre:	Título:
Agencia:	
Dirección:	
Número de Teléfono:	

Sección VI	
Nombre de la agencia que presenta la queja en contra:	
Persona de contacto:	Título:
Número de teléfono:	

** Indica que es específico del Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964
Puede adjuntar cualquier documento u otra información que considere relevante para su reclamación.

Se requiere firma y fecha a continuación:

_____ _____

Firma Fecha

_____

Escriba su nombre en letra de imprenta

Por favor, entregue este formulario en persona en la dirección que se indica a continuación, o envíelo por correo a la siguiente dirección:

Director of Quality and Compliance (Director de Calidad y Cumplimiento)
The Arc of Lehigh and Northampton Counties
admin@arcoflehighnorthampton.org
2289 Avenue A
Bethlehem, PA 18017