



Formulario de quejas de la ADA

Sección I:			
Nombre:			
Habla a:			
Teléfono (Casa):		Teléfono (trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
¿Requisitos de formato accesible?	Letra grande		Cinta de audio
	TDD		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:			
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa todas las personas involucradas . Me NCLUDE el nombre e información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. _____ _____ _____			

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

Firma y fecha requerida a continuación

Firma Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Valley Program for Aging Services
Jenn Chestnut, Associate Director
325 Pine Avenue
Waynesboro, VA 22980