



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS
DECRETO SOBRE LOS ESTADOUNIDENSES
CON DISCAPACIDADES (ADA)
FORMULARIO DE QUEJA**



Este formulario es para un procedimiento de queja informal del DPSS, diseñado para resolver rápidamente las quejas con respecto a las violaciones del Decreto sobre los Estadounidenses con discapacidades.

No se requiere el uso de este formulario para cumplir con las regulaciones federales y este no inicia una demanda o procedimiento de queja formal.

Usted puede presentar una queja si piensa que ha sido discriminado debido a su discapacidad o no está satisfecho con el servicio que recibió relacionado con la acomodación respecto a su discapacidad. Algunas discapacidades pueden incluir, pero no se limitan a problemas para caminar, sentarse, pararse, el aprender, la comprender, hablar, oír, ver, estar rodeado de mucha gente, y pérdida de la memoria.

Instrucciones

1. La queja debe ser por escrito y debe obtener el nombre, dirección y número de teléfono del reclamante junto con una breve descripción de la presunta violación(es).
2. Por favor, incluya la acción correctiva que se solicita para resolver la supuesta violación(es).
3. Todos los formularios de queja deben ser firmadas.
4. Usted puede enviar por correo o por correo electrónico su queja(s) al Coordinador de ADA del DPSS Título II o Jefe de la Oficina Ejecutiva (CEO), Sección de Derechos Civiles sobre la Discapacidad en:

ADA Title II Coordinator
Department of Public Social Services
12860 Crossroads Parkway South
City of Industry, CA 91746
Teléfono: (844) 586-5550
Fax: (562) 692-2240
TTY: (877) 735-2929 (California Relay)
(Horario de oficina sólo 7:00 a.m. a 4:30 p.m.)

Chief Executive Office
Disability Civil Rights Section
500 West Temple Street, Room 754
Los Angeles, California 90012
Teléfono: (213) 202-6944
TTY: (855) 872-0443
Correo electrónico:
Adavis@ceo.lacounty.gov

5. Usted puede solicitar una reunión informal con el Coordinador de ADA título II del DPSS para responder a cualquier pregunta.
6. El DPSS admitirá el recibo de su queja por escrito dentro de los cinco (5) días laborables a partir de la fecha que la queja fue presentada.

Por favor, note:

- El uso de este procedimiento de queja informal no es un requisito bajo las regulaciones federales, tampoco le impide presentar una queja ante de la agencia del orden federal correspondiente.
- Cualquier represalia, coacción, intimidación, amenaza, interferencia o acoso por la presentación de una queja está prohibido y debe ser reportado inmediatamente al Coordinador de ADA título II del DPSS: (844) 586-550 o al director general del Condado, Sección de Derechos Civiles sobre la Discapacidad: (213) 202-6944.

Este formulario está disponible a petición en formato alternativo del coordinador Departamental de ADA.



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS
DECRETO SOBRE LOS ESTADOUNIDENSES
CON DISCAPACIDADES (ADA)
FORMULARIO DE QUEJA**



Persona que completa el formulario (*marque uno*): Reclamante Representante Autorizado

Nombre: _____

Dirección: _____

No. de Teléfono: (_____) _____

Correo electrónico: _____

PRESUNTAS VIOLACIONES

Describa cómo el Condado de Los Angeles no ha cumplido con el ADA. Proporcione suficientes detalles para hacer su queja clara (adjunte páginas adicionales si es necesario).

Fecha del incidente: _____

ACCIÓN SOLICITADA

¿Qué acciones usted solicita que el Condado tome para corregir el presunto incumplimiento o discriminación?

Firma: _____ Fecha: _____