

Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en ingles), Título II - Formulario de Reclamo

Este formulario debe ser utilizado por los clientes de DES que hayan solicitado una modificación de programa conforme a la ADA, Título II, y que (1) no hayan recibido la modificación solicitada, o (2) no estén satisfechos con la modificación proporcionada.

Las personas que necesiten ayuda para completar este formulario pueden solicitarla a cualquier empleado del DES o comunicarse con el Coordinador del Título II de la ADA (oeoada504@azdes.gov) o llamar al **602-364-3976**.

Nombre del reclamante/cliente: _____ Fecha de envío del formulario: _____

Dirección del reclamante/cliente: _____

Ciudad, código postal: _____

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Programa(s)/Contratista: _____

Adaptación/Modificación Solicitada:

Detalles del Reclamo:

Resultado Deseado:

Debe firmar y fechar este documento antes de que podamos iniciar un procedimiento formal de reclamación sobre su caso. Si necesita ayuda, no dude en contactarnos.

Afirmo que la información anterior es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha: _____

Para presentar su reclamo, complete uno de los siguientes pasos:

1. Preséntelo en su oficina local del DES.
2. Preséntelo personalmente en: 1717 W. Jefferson Street, Ste. 103, Phoenix, AZ.
3. Envíelo por correo a: Office of Equal Opportunity, P.O. Box 6123, Mail Drop 1119, Phoenix, AZ. 85007
4. Envíelo por fax al: (602) 364-3982.
5. Envíelo por correo electrónico a: oeoada504coordinator@azdes.gov