FORMULARIO DE QUEJAS ADA/TÍTULO VI

El propósito de este formulario es asistirle en la presentación de una queja al amparo de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), la Ley de Rehabilitación o el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI). La ADA y la Ley de Rehabilitación prohíben la discriminación basada en la discapacidad. El Título VI prohíbe la discriminación basada en la raza, color u origen nacional. Otras leyes prohíben la discriminación basada en el sexo, edad, orientación sexual, identidad sexual, religión y fuentes de ingresos.

Usted puede presentar una queja contra la Ciudad, un contratista de la Ciudad o un subreceptor de la Ciudad de fondos federales. Todas las quejas deben presentarse en un plazo de 180 días a partir de la ocurrencia de la presunta acción o deberá solicitarse una exención tal como se indica a continuación.

Envíe todas las quejas a:
ADA/Title VI Program Manager
1120 SW 5th Avenue, Room 1204
Portland, OR 97204
Title6complaints@portlandoregon.gov

Se trata de un proceso administrativo que no prevé indemnizaciones compensatorias o punitivas. El proceso de la Ciudad no es exclusivo. Una persona que presente una queja ante la Ciudad también puede presentar una queja en otras agencias estatales o federales o en los tribunales. Otras agencias tendrán un límite de tiempo para presentar las quejas. En general, las agencias federales requieren que las quejas se presenten en un plazo de 180 días siguientes a la fecha de la discriminación.

---

1. Nombre y dirección del demandante.

Nombre:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono de casa: Teléfono del trabajo: Celular:

Fecha de hoy:

2. Persona(s) contra la(s) que se ha discriminado, si no es(son) la(s) arriba indicada(s).

Nombre:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono de casa: Teléfono del trabajo: Celular:

3. Departamento de la Ciudad, Contratista o Sub-receptor que discriminó.

Nombre:

Dirección:

Ciudad: Estado: Código postal:

Teléfono de casa: Teléfono del trabajo: Celular:

4. Indique las razones por las que usted cree que se produjo(produjeron) la(s) acción(es) discriminatoria(s).

☐ Raza/Color ☐ Origen nacional ☐ Discapacidad ☐ Otra

5. ¿Cuándo y dónde ocurrió el incidente?

6. Por favor, explique lo más claramente posible lo que ocurrió, quiénes estuvieron involucrados, por qué cree usted que ocurrió, y cómo le discriminaron a usted (u a otra persona). (Por favor, use hojas de papel adicionales de ser necesario, y adjunte una copia de todos los documentos escritos pertinentes a su reclamación).

7. Firme y feche la queja (no podemos aceptar quejas sin firmar).

Escriba el nombre

Firma

Si no puede firmar, por favor escriba o tenga otro reconocimiento de usted.

Nombre de la persona que reconoce en nombre del demandante.