

## Formulario de queja de la ADA

De conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Transporte de EE. UU. de 1990 (49 CFR Partes 27, 37, 38 y 39) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según enmendada, Southeastern Stages (SES) garantiza que sus servicios, vehículos e instalaciones sean accesibles y utilizables por personas con discapacidades. Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por motivos de discapacidad puede presentar una queja ante la ADA.

### **SECCIÓN 1** (Por favor, escriba en letra de imprenta):

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado, Código

Postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo)

¿Requisitos de formato accesible? \_\_\_\_\_ (letra grande) \_\_\_\_\_ (cinta de audio) \_\_\_\_\_ (TDD) \_\_\_\_\_ (otros)

### **SECCIÓN 2**

¿Está presentando esta queja en su propio nombre? \_\_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_\_ (No)

Si ha respondido afirmativamente a esta pregunta, vaya a la Sección 3.

De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja:

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_

Por favor, explique por qué ha presentado una solicitud para un tercero: \_\_\_\_\_

Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre del tercero. \_\_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_\_ (No)

### **SECCIÓN 3**

Si cree que fue discriminado por una discapacidad, proporcione la mayor cantidad de detalles sobre la supuesta discriminación.

Fecha, lugar y hora de ocurrencia: \_\_\_\_\_

Nombre(s) y Título(s) de la(s) persona(s) que creo que me discriminó:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

La acción o decisión que me hizo creer que fui discriminado: *(Incluya una descripción de lo que sucedió y cómo se le negaron, retrasaron o afectaron sus beneficios):*

---

---

---

---

Enumere los nombres y números de teléfono de todos y cada uno de los testigos:

---

---

---

¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría que se tomara?

---

---

---

#### **SECCIÓN 4**

¿Ha presentado previamente una queja de la ADA ante Southeastern Stages? \_\_\_\_ (Sí) \_\_\_\_ (No)

#### **SECCIÓN 5**

¿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 Estatal \_\_\_\_ Tribunal Estatal \_\_\_\_ Agencia Local \_\_\_\_

Sírvase proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja. Nombre: \_\_\_\_\_

Título: \_\_\_\_\_

Agencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

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

Creo que la información anterior es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Firma y fecha requeridas a continuación:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Imprimir

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nombre en letra de imprenta Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación o envíelo por correo a:** Southeastern Stages

ATTN: Coordinador del Título VI  
260 Avenida de la Universidad SW  
Atlanta, como 30315