

ADA FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Formulario de queja de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades

El Municipio de Bloomfield se compromete a garantizar que a ninguna persona se le niegue el acceso a sus servicios, programas o actividades sobre la base de sus discapacidades, según lo dispuesto en el título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 ("ADA"). Las quejas de la ADA deben presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha del presunto incidente.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, o si desea presentar una queja verbal, comuníquese con el Director de Parques, Recreación y Asuntos Culturales
973-743-9073 o envíe un correo electrónico msceurman@bloomfieldtwpnj.com.

Denunciante: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono alternativo: _____

Persona que prepara la queja (si es diferente del reclamante):

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Fecha del incidente: _____

Sírvase describir el presunto incidente discriminatorio, incluida la(s) ubicación(es), si procede. Proporcione los nombres y títulos de los empleados del Municipio de Bloomfield involucrados, si están disponibles.

La descripción del incidente continuó:

ADA FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

¿Ha presentado una queja ante otras agencias federales, estatales o locales? Sí/No (Círculo Uno).
Si es así, enumere la agencia / agencias y la información de contacto a continuación:

Nombre de contacto de la agencia: _____

Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal Teléfono: _____

Nombre de contacto de la agencia: _____

Afirmo que he leído el cargo anterior y que es fiel a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia.

Fecha de firma del demandante

Imprimir o escribir el nombre del reclamante

Fecha de recepción: _____

Recibido por: _____