



AMERICANS WITH DISABILITIES ACT DOCUMENTO DI RECLAMO

La preghiamo di utilizzare questo documento per compilare un reclamo riguardante la disabilità da quanto previsto dai servizi, attività, programmi o benefici.

La preghiamo di inviare questo documento al Coordinatore ADA del Battery Park City Authority at alexis.torrescid@bpca.ny.gov.

INFORMAZIONI PERSONALI:

Nome:

Telefono:

Indirizzo:

Email:

1. Luogo e data delle circostanze che hanno dato origine al reclamo:

A) Le circostanze del reclamo persistono?

☐ Sì

☐ No

2. La preghiamo di descrivere la presunta negazione di servizi, attività, programmi o benefici e la(e) sua(e) ragione(i) per dedurre che la condotta fosse discriminatoria. La preghiamo di includere nomi dei testimoni e, se presenti, allegare documenti supportanti, se possibile.

3. A) Ha sporto denuncia riguardo questo reclamo ad un'agenzia governativa federale, statale o locale?

☐ Sì

☐ No

B) Ha assunto un avvocato per quanto riguarda le affermazioni nel reclamo?

☐ Sì

☐ No

C) Ha avviato una causa legale o un procedimento giudiziario riguardo il reclamo?

☐ Sì

☐ No

4. Questo documento di reclamo è stato completato da:

☐ ADA Coordinator

☐ Complainant

Firma:

Data: