



FORMULARIO DE QUEJAS DE LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES

Utilice este formulario para presentar una queja por discapacidad en la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios. Envíe este formulario al coordinador de la ADA de la Autoridad de Battery Park City a alexis.torrescid@bpca.ny.gov.

INFORMACIÓN PERSONAL:	
Nombre:	Teléfono:
Dirección:	Correo electrónico:
1. Lugar(es) y fecha(s) de las circunstancias que motivaron su queja:	
A) ¿Las circunstancias de su queja continúan?	
☐ Sí	
☐ No	
2. Describa la supuesta negación de servicios, actividades, programas o beneficios y sus motivos para concluir que la conducta fue discriminatoria. Incluya el (los) nombre(s) de los testigos, si los hubiere, y adjunte datos de apoyo, si están disponibles.	
3.	
A) ¿Ha presentado alguna reclamación relacionada con esta queja ante alguna agencia gubernamental federal, estatal o local?	
☐ Sí	
☐ No	
B) ¿Ha contratado a un abogado con respecto a las acusaciones en la queja?	
☐ Sí	
☐ No	
C) ¿Ha iniciado alguna demanda legal o acción judicial en relación con esta queja?	
☐ Sí	
☐ No	
4. Este formulario de quejas fue completado por:	
☐ Coordinador de la ADA	
☐ Reclamante	
Firma:	Fecha: