



Formulario de Queja ADA – Parroquia de Tangipahoa

Utilice este formulario para presentar una queja por discriminación basada en discapacidad en servicios, actividades o programas.

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al (985) 748-3211. Envíe el formulario a: Recursos Humanos, P.O. Box 215, Amite, LA 70422-0215 o HR@tangipahoa.org

INFORMACIÓN DEL DENUNCIANTE

Nombre: _____

Nombre

Inicial

Apellido

Teléfono: (____) _____ - _____

Teléfono Alternativo: (____) _____ - _____

Dirección postal _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal: _____

Correo electrónico: _____

1. Su queja es contra:

Agencia: _____

Nombre: _____

Cargo: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

2. Lugar(es) y fecha(s) de los hechos que dieron origen a su queja: _____



¿Las circunstancias de su queja continúan?

Sí No

3. Describa la supuesta denegación de servicios, actividades, programas o beneficios y las razones por las cuales considera que la conducta fue discriminatoria. Incluya los nombres de los testigos, si los hay, y adjunte documentación de respaldo, si está disponible.

4. Este formulario de queja fue completado por:

5. Representante del Gobierno Denunciante Coordinador de ADA

Certifico que he leído la queja anterior y que es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma del Denunciante: _____

Fecha: ____/____/____

**SOLO PARA USO DE OFICINA
Sello de Recepción de RR. HH.:**