

PO Box 1141
Silver Springs, NV 89429



Fax: 775-577-5093
Phone: 775-577-5009

Formulario de queja de ADA/Título VI

Antecedentes

Este formulario se utiliza tanto para quejas del Título VI como de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Los Derechos Civiles de 1964 (Título VI) identifican las tres clases protegidas por el Título VI: raza, color y origen nacional, y permiten al demandante seleccionar una o más de esas clases protegidas como base/bases para la discriminación. Si alguna de las poblaciones con dominio limitado del inglés (LEP) en nuestra área de servicio cumple con el umbral de puerto seguro, el procedimiento se proporcionará en inglés y en cualquier otro idioma hablado por las poblaciones LEP que cumplan con el umbral de puerto seguro.

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA, por sus siglas en inglés), proporciona protección para que ninguna persona con discapacidad, por motivos de discapacidad, sea excluida de la participación, se le nieguen los beneficios o sea objeto de discriminación en virtud de cualquier programa, servicio o actividad financiado por el gobierno federal.

Lyon County Human Services se compromete a proporcionar un servicio no discriminatorio para garantizar que ninguna persona sea excluida de la participación, ni se le nieguen los beneficios, ni sea objeto de discriminación en la recepción de sus servicios por motivos de raza, color u origen nacional, según lo protegido por el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI), así como proporcionar protección para que ninguna persona con discapacidad sea excluida de la participación, se le nieguen los beneficios o sea objeto de discriminación, según lo establecido en la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA).

Si cree que ha sido discriminado, proporcione la siguiente información necesaria para facilitar el procesamiento de su queja. Si necesita ayuda para completar el formulario, o si tiene preguntas, no dude en llamar al Coordinador de ADA/Título VI al (775) 577-5009. Una vez completado, devuelva una copia firmada y fechada a:

Senior Services Division Manager
62 Lake Ave, Silver Springs, NV 89429

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al (775) 577-5009.

Por favor, marque uno de los siguientes:

☐ **Reclamo por ADA** o ☐ **Reclamo por el Título VI**

Parte I.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Formatos adicionales que se necesitan:

- ☐ Ninguno ☐ TDD
☐ Impresión grande ☐ Audio
☐ Otro

Parte II.

¿Está presentando este reclamo en nombre propio?

- ☐ Sí – Continuar con la Parte III
☐ No – Detallar el nombre de esta persona y su relación con ella:
Nombre de la persona: _____
Su vínculo: _____

Explique por qué hace su presentación en nombre de un tercero:

Confirmar:

- ☐ He obtenido el permiso de la parte agraviada para presentar este formulario en su nombre.
☐ No he confirmado el permiso para presentar este formulario en nombre de la parte agraviada.

Parte III.

Creo que la discriminación padecida se basaba en:

- ☐ Raza
☐ Color

- ☐ Origen nacional
- ☐ Mi discapacidad
- ☐ Otro:

Fecha de la discriminación alegada: _____

Explique con la mayor brevedad y claridad posible qué ocurrió y por qué considera que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la o las personas que lo discriminaron (si lo conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo.

Parte IV.

¿Ha presentado anteriormente ante esta agencia alguna queja por ADA y/o el Título VI?

- ☐ Sí
- ☐ No

Título V.

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante alguna corte federal o estatal?

- ☐ Sí
- ☐ No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

- ☐ Agencia federal ☐ Tribunal federal
- ☐ Agencia estatal ☐ Tribunal estatal
- ☐ Agencia local

Detalle la información de contacto de la agencia o el tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Cargo: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Email: _____

Parte VI

Nombre de agencia contra la cual se ingresa el reclamo: _____

Persona de contacto: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

Aviso importante: Para proteger sus derechos, su queja debe presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la presunta discriminación. La falta de presentación dentro de los 180 días puede tener por resultado la desestimación de la queja. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo.

Firma y fecha requeridas a continuación.

Firma de la persona que presenta la queja

Fecha