

DEVELOPMENTAL ENRICHMENT CENTERS
FORMULARIO DE RECLAMO POR DISCRIMINACIÓN
DE LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON
DISCAPACIDADES (ADA) Y SECCIÓN 504 DE LA
LEY DE REHABILITACIÓN DE 1973

INSTRUCCIONES: SI USTED CONSIDERA QUE LA DEVELOPMENTAL ENRICHMENT CENTERS (DEC) POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) COMETIÓ DISCRIMINACIÓN EN CONTRA DE UNA O MÁS PERSONAS, EN BASE A UNA ENFERMEDAD O DISCAPACIDAD, POR FAVOR LLENE ESTE FORMULARIO POR COMPLETO, FÍRMELO Y ENVÍELO A LA DIRECCIÓN QUE APARECE EN LA SIGUIENTE PÁGINA.

OTROS MEDIOS PARA PRESENTAR RECLAMOS, COMO POR EJEMPLO ENTREVISTAS PERSONALES O UNA GRABACIÓN DEL RECLAMO, ESTARÁN DISPONIBLES PARA LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES, A PETICIÓN PREVIA. PARA OBTENER ASISTENCIA, LLAME AL 602-993-5153 O TRS AT 7-1-1.

NOMBRE DEL DEMANDANTE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO RESIDENCIA: _____

TELÉFONO TRABAJO: _____

NOMBRE DE LA VÍCTIMA DE DISCRIMINACIÓN:
(SI ES DISTINTO AL DEL DEMANDANTE) _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____

ESTADO: _____

CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO RESIDENCIA: _____

TELÉFONO TRABAJO: _____

¿EN QUÉ FECHA OCURRIÓ EL ACTO DE DISCRIMINACIÓN? _____

DESCRIBA LOS ACTOS DE DISCRIMINACIÓN, SUMINISTRANDO EL (LOS) NOMBRE(S), DE SER POSIBLE, DE LOS INDIVIDUOS RESPONSABLES DE LOS ACTOS DISCRIMINATORIOS (USE EL ESPACIO ADICIONAL EN LA SIGUIENTE PÁGINA DE SER NECESARIO):

¿SE PRESENTÓ EL RECLAMO ANTE OTRA OFICINA DEL MINISTERIO DE JUSTICIA O ALGÚN TRIBUNAL
U ORGANISMO DE DERECHOS CIVILES FEDERAL, ESTATAL O LOCAL? Sí No

EN CASO AFIRMATIVO, INDIQUE ORGANISMO O TRIBUNAL: _____

PERSONA DE CONTACTO: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

TELÉFONO: _____

FECHA DE PRESENTACIÓN DEL RECLAMO: _____

ESPACIO ADICIONAL PARA LAS RESPUESTAS:

FIRMA: _____ FECHA: _____

POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO A:

**DEVELOPMENTAL ENRICHMENT CENTERS
16809 N 53RD AVE, SUITE 2,
GLENDALE, AZ 85306**

O POR CORREO ELECTRÓNICO A info@dec-az.com

TELÉFONO: 602-993-5153