



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS  
DECRETO SOBRE LOS ESTADOUNIDENSES  
CON DISCAPACIDADES (ADA)  
FORMULARIO DE QUEJA**



Este formulario es para un procedimiento de queja informal del DPSS, diseñado para resolver rápidamente las quejas con respecto a las violaciones del Decreto sobre los Estadounidenses con discapacidades.

No se requiere el uso de este formulario para cumplir con las regulaciones federales y este no inicia una demanda o procedimiento de queja formal.

Usted puede presentar una queja si piensa que ha sido discriminado debido a su discapacidad o no está satisfecho con el servicio que recibió relacionado con la acomodación respecto a su discapacidad. Algunas discapacidades pueden incluir, pero no se limitan a problemas para caminar, sentarse, pararse, el aprender, la comprender, hablar, oír, ver, estar rodeado de mucha gente, y pérdida de la memoria.

**Instrucciones**

1. La queja debe ser por escrito y debe obtener el nombre, dirección y número de teléfono del reclamante junto con una breve descripción de la presunta violación(es).
2. Por favor, incluya la acción correctiva que se solicita para resolver la supuesta violación(es).
3. Todos los formularios de queja deben ser firmadas.
4. Usted puede enviar por correo o por correo electrónico su queja(s) al Coordinador de ADA del DPSS Título II o Jefe de la Oficina Ejecutiva (CEO), Sección de Derechos Civiles sobre la Discapacidad en:

ADA Title II Coordinator  
Department of Public Social Services  
12860 Crossroads Parkway South  
City of Industry, CA 91746  
Teléfono: (844) 586-5550  
Fax: (562) 692-2240  
TTY: (877) 735-2929 (California Relay)  
(Horario de oficina sólo 7:00 a.m. a 4:30 p.m.)

Chief Executive Office  
Disability Civil Rights Section  
500 West Temple Street, Room 754  
Los Angeles, California 90012  
Teléfono: (213) 202-6944  
TTY: (855) 872-0443  
Correo electrónico:  
[Adavis@ceo.lacounty.gov](mailto:Adavis@ceo.lacounty.gov)

5. Usted puede solicitar una reunión informal con el Coordinador de ADA título II del DPSS para responder a cualquier pregunta.
6. El DPSS admitirá el recibo de su queja por escrito dentro de los cinco (5) días laborables a partir de la fecha que la queja fue presentada.

**Por favor, note:**

- El uso de este procedimiento de queja informal no es un requisito bajo las regulaciones federales, tampoco le impide presentar una queja ante de la agencia del orden federal correspondiente.
- Cualquier represalia, coacción, intimidación, amenaza, interferencia o acoso por la presentación de una queja está prohibido y debe ser reportado inmediatamente al Coordinador de ADA título II del DPSS: (844) 586-550 o al director general del Condado, Sección de Derechos Civiles sobre la Discapacidad: (213) 202-6944.

***Este formulario está disponible a petición en formato alternativo del coordinador Departamental de ADA.***



DEPARTAMENTO DE SERVICIOS SOCIALES PÚBLICOS  
 DECRETO SOBRE LOS ESTADOUNIDENSES  
 CON DISCAPACIDADES (ADA)  
 FORMULARIO DE QUEJA



Marque uno  si usted es el solicitante o  si usted es el representante del solicitante.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_

Nombre del representante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

**PRESUNTAS VIOLACIONES**

¿Cuál de las siguientes violaciones cree que ha ocurrido? Marque con una X.

No se le informó de los derechos de esta ley.  Se le informó de los derechos de esta ley, pero no se le dio tiempo suficiente para tomar una decisión.

Se le negó el acceso a un programa, servicio o actividad.  Se le negó el acceso a un lugar físico.

Se le negó el acceso a un programa, servicio o actividad.  Se le negó el acceso a un lugar físico.

Se le negó el acceso a un programa, servicio o actividad.  Se le negó el acceso a un lugar físico.

Se le negó el acceso a un programa, servicio o actividad.  Se le negó el acceso a un lugar físico.

Se le negó el acceso a un programa, servicio o actividad.  Se le negó el acceso a un lugar físico.

Se le negó el acceso a un programa, servicio o actividad.  Se le negó el acceso a un lugar físico.

**ACCIÓN SOLICITADA**

¿Qué acción desea que se tome? Marque con una X.

Que se le informe de los derechos de esta ley.  Que se le informe de los derechos de esta ley, pero se le dé tiempo suficiente para tomar una decisión.

Que se le permita acceder a un programa, servicio o actividad.  Que se le permita acceder a un lugar físico.

Que se le permita acceder a un programa, servicio o actividad.  Que se le permita acceder a un lugar físico.

Que se le permita acceder a un programa, servicio o actividad.  Que se le permita acceder a un lugar físico.

Que se le permita acceder a un programa, servicio o actividad.  Que se le permita acceder a un lugar físico.

Que se le permita acceder a un programa, servicio o actividad.  Que se le permita acceder a un lugar físico.