



**Título II de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA)  
Ley Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973  
Hoja de reclamaciones de asuntos sobre accesibilidad**

Este Procedimiento de Reclamación se estableció para cumplir con los requisitos de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA). Puede ser utilizado por cualquier persona que desee presentar una queja o reclamación alegando discriminación por discapacidad en la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios por el Departamento de Transporte de Iowa (Iowa DOT) o una agencia pública local en Iowa cuando está relacionado con el transporte vehicular o peatonal. La Política de Personal del DOT de Iowa atiende las quejas relacionadas con el empleo de discriminación por discapacidad.

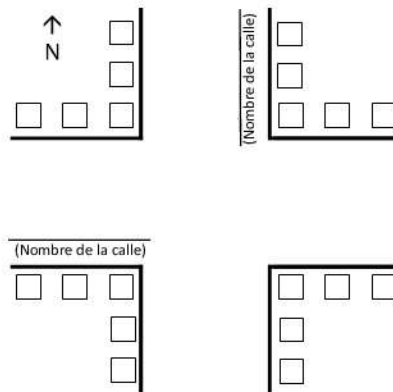
Favor proporcionar la siguiente información necesaria para procesar su queja. Una queja formal debe presentarse dentro de los 180 días de la ocurrencia del presunto acto discriminatorio.

Información del querellante:				
Apellido:		Nombre:		
Dirección Postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono: (Disponible entre 8:00 am y 4:00 pm lun.-vier.)		Correo Electrónico:		
Persona discriminada (si no es el querellante):				
Nombre:		Apellido:		
Dirección Postal:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Gobierno (Federal, Estatal, Local), organización o instituto que crea haya discriminado contra usted:				
Nombre:				
Dirección Postal:		Ciudad:	Condado:	Estado:
				Código Postal:
Teléfono:		Fecha en la que la alegada discriminación ocurrió:		

Describa el (los) acto(s) de la alegada discriminación. Incluya el (los) nombre(s), si es posible, del (los) individuo(s) que alega discriminó en su contra.

Si aplica, ¿Cuál es la ubicación del espacio no accesible?

Favor proveer comentarios, sugerencias, u otra información la cual nos pueda ayudar a proveer un mejor servicio.



Favor marcar con una "X" en el diagrama de arriba la ubicación donde usted crea haya un problema con la rampa.

Si aplica, descripción y ubicación exacta del espacio no accesible.

¿Se han hecho esfuerzos para resolver esta queja a través del procedimiento interno de quejas del gobierno, organización o institución?  Sí  No

Si es Sí, ¿cuál es el estatus de su queja?

**¿Ha presentado la queja ante otra oficina del Departamento de Justicia o cualquier otra agencia o tribunal federal, estatal o local de derechos civiles?**

Agencia/Tribunal:

Nombre de Contacto:

Ciudad:

Condado:

Estado:

Código Postal:

Fecha enviada:

Número de teléfono:

Estatus:

¿Tiene intención de interponer una reclamación ante otra agencia o tribunal?

Sí  No

Si su contestación es Sí, ¿en qué agencia o tribunal (federal, estatal, local)?

Comentarios adicionales:

\_\_\_\_\_  
Firma Querellante

\_\_\_\_\_  
Fecha

Envíe el formulario lleno por correo a: City Hall  
4200 Mills Civic Parkway  
PO BOX 65320  
West Des Moines, IA 50265

O

Por correo electrónico: HumanServices@wdm.iowa.gov

Para uso interno solamente

Fecha en que se recibió la querrela

Remitido a:

División:

Fecha en que fue remitido