



MUNICIPALITY OF CAGUAS

ADA COMPLAINT FORM

FORMULARIO DE QUERELLAS POR DISCRIMINACIÓN BAJO LEY ADA

Section I: Sección I:

Nombre / Name: _____

Dirección / Address: _____

Telephone (Home): _____ Telephone (Work): _____

Teléfono (hogar): _____ Teléfono (trabajo): _____

Electronic Mail Address: _____

Correo electrónico: _____

*Accessible Format
Requirements? (mark with
and X all that apply)*

*Large Print
Letras grandes*

*Audio Tape
Audiograbación*

¿Requiere formato
accessible? (marque con una
X todas las que apliquen)

*TDD
Asistencia telefónica*

*Other
Otro*

Section II: Sección II:

Are you filing this complaint on your own behalf? Yes ___ No ___

¿Somete esta querella por derecho propio? Sí ___ No ___

If you answered "yes" to this question, go to **Section III.*

** Si usted contestó "sí" vaya a la **Sección III**.*

*If you answered "no", please supply the name and relationship
of the person for whom you are complaining:* _____

Si contestó "no", indique el nombre del querellante y su relación
con él/ella:

Please explain why you have filed for a third party:

Por favor indique la razón para someter esta querella
por un tercero:

*Please confirm that you have obtained the permission of the
aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.*

Yes ____ No ____

Sí ____ No ____

Por favor confirme que la persona afectada le autorizó a
querellarse en su representación.

Section III:

Sección III:

I believe the discrimination I experienced was based on (check all that apply):

Creo que fui discriminado basado en (marque todas las que apliquen):

☐ Disability / Impedimento

Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): _____

Fecha de la alegada discriminación: (Mes/Día/Año): _____

*Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against.
Describe all persons who were involved. Include the name and contact information of the person(s)
who discriminated against you (if known) as well as names and contact information of any
witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.*

Explique tan claro como le sea posible lo ocurrido y la razón por la cual cree se discriminó contra
usted. Indique la(s) persona(s) involucrada(s). Incluya el nombre y datos de la(s) persona(s) que
discriminó en su contra (si conocido), además de los nombres y datos de testigos. Si requiere más
espacio, continúe escribiendo al dorso de este formulario.

Section IV:

Sección IV:

*Have you previously filed a ADA complaint with this
municipality?*

Yes ____ No ____

¿Ha sometido anteriormente querellas bajo ley ADA en este
Municipio?

Sí ____ No ____

Section V:

Sección V:

Have you filed this complaint with any other Federal, State, or local agency, or with any Federal or State court?

¿Ha sometido esta querella ante otras entidades Federales, Estatales o locales o ante una Corte Federal o Estatal?

☐ Yes / Sí ☐ No

If yes, check all that apply:

Indique todas las que apliquen si contesta “Sí”:

☐ *Federal Agency* / Agencia Federal: _____

☐ *Federal Court* / Corte Federal: _____

☐ *State Agency* / Agencia Estatal: _____

☐ *State Court* / Corte Estatal: _____

☐ *Local Agency* / Agencia Local o Municipio: _____

Please provide information about case/complaint number and contact person at the agency/court where the complaint was filed:

Por favor indique número de caso/querella y datos de la persona de contacto en la agencia o Corte donde sometió su querella:

Name:

Nombre:

Case/complaint number:

Numero de caso/querella:

Title / Título:

Agency / Agencia:

Address:

Dirección:

Telephone / Teléfono:

Section VI:

Sección VI:

Name of agency / Municipality complaint is against:

Nombre de la agencia/ Municipio contra la cual se querella:



Contact person:

Persona contacto:

Title / Título:

Telephone number / Teléfono:

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Puede añadir otros materiales escritos o información que considere pertinente a su querella.

Signature / Firma

Date / Fecha

Please submit this form in person at the office below, or email this form to:

Por favor, entregue este formulario en persona en la oficina mencionada abajo, o envíe por correo electrónico a la siguiente dirección:

Sra. Lineidy Rosario Molina
Coordinadora Asuntos Administrativos
Oficina de Movilidad Ciudadana
Calle Ruiz Belvis # 19, Caguas PR 00725
TEL: 787-653-8833 Ext. 1750/1746
EMAIL: servicios.movilidad@caguas.gov.pr

VII: Para Uso Oficial / For Official use

Evaluación del Investigador/Investigator Review

Fecha de recibo de querella /Complaint received date: _____

Fecha investigación o evaluación inicial/investigation
date or inicial evaluation: _____

Evaluación inicial/Initial evaluation:

- ☐ ¿La queja cae dentro de la jurisdicción de la
ADA?

Yes/Si: _____

No: _____



Does the complaint fall under ADA jurisdiction?

- ¿Es oportuna la querella?

Is the complaint timely?

Yes/Si: _____ No: _____

Resultados Investigación/Investigation results:

Recomendaciones /Findings:

Resolución/Acción Correctiva / Resolution/Corrective

Action:

Fecha determinación escrita enviada al querellante /

Date Final Response Sent to Complainant:

Firma Investigador/ Signature:

Afirmo que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

I affirm that the information provided above is true and correct to the best of my knowledge.

Firma/Signature

Fecha/Date: