



**ADA COMPLAINT FORM**

Date Complaint Taken \_\_\_\_\_ Tracking No. \_\_\_\_\_

Name of Complainant \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone No. \_\_\_\_\_

Person Discriminated Against (if other than Complainant) \_\_\_\_\_

Address \_\_\_\_\_ Phone No. \_\_\_\_\_

Date, Time & Place Incident Occurred \_\_\_\_\_

Nature of Complaint \_\_\_\_\_

Details of Complaint \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Complaint Taken By \_\_\_\_\_

INVESTIGATION \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ACTION RECOMMENDED \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

By \_\_\_\_\_

RECORD OF FINAL ACTION \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

By \_\_\_\_\_

Complaints recieved will be investigated with a response time within 30 days.



Formulario de queja para la Ley de Discapacidad de los Estadounidenses

Fecha queja tomado \_\_\_\_\_ Seguimiento numero \_\_\_\_\_

Nombre del demandante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Persona discriminada (si no es el demandante) \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Fecha, ora y lugar del incidente que ocurrió \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Naturaleza de la queja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Detalles de la queja \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Queja tomada por \_\_\_\_\_

INVESTIGACIÓN \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

ACCIÓN RECOMMENDADA \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por \_\_\_\_\_

REGISTRO DE ACCIÓN FINAL \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Por \_\_\_\_\_

Las quejas recibidas serán investigadas con un tiempo de respuesta dentro de 30 días.