

**Departamento de Justicia de los EE. UU.**  
División de Derechos Civiles  
*Sección de Derechos de los Discapacitados*

---

OMB Control No. 1190-0009.

Fecha de expiración del formulario: 30 de septiembre de 2021

**Formulario de Denuncia de Discriminación – Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)**

Instrucciones: Por favor, rellene este formulario en su totalidad, en tinta negra o a máquina. Firme y regréselo a la dirección en la página 3.

Querellante:

---

Domicilio:

---

Ciudad, Estado y Código Postal:

---

Teléfono:      Personal:

Trabajo:

Persona discriminada:

(en caso de no ser el querellante)

---

Domicilio:

---

Ciudad, Estado y Código Postal:

---

Teléfono:      Personal:

Trabajo:

Gobierno, organización o institución que usted cree que ha discriminado:

Nombre:

---

Domicilio:

---

Condado:

---

Ciudad:

---

Estado y Código Postal:

---

Número de Teléfono:

---

¿Cuándo ocurrió la discriminación? Fecha:

---

Describa los actos de discriminación proporcionando el nombre o nombres de las personas (cuando sea posible) que discriminaron (si es necesario use el espacio en la página 3):

---

---

¿Se han realizado esfuerzos para resolver esta denuncia mediante el procedimiento interno para agravios del gobierno, organización o institución?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

En caso afirmativo: ¿cuál es el estatus de la denuncia?

---

---

¿Se ha presentado la denuncia ante otra oficina del Departamento de Justicia u otra agencia de derechos civiles o tribunal local, estatal o federal?

Sí\_\_\_\_\_ No\_\_\_\_\_

En caso afirmativo:

Agencia o Tribunal:

---

Persona de Contacto:

---

Domicilio:

---

Ciudad, Estado y Código Postal:

---

Número de Teléfono:

---

Fecha de Registro:

---

¿Tiene la intención de presentar una solicitud ante otra agencia o tribunal?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Agencia o Tribunal:

---

Domicilio:

---

Ciudad, Estado y Código Postal:

---

Número de Teléfono:

---

Espacio adicional para sus respuestas:

---

---

---

---

---

---

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Para presentar una denuncia a ADA por correo, envíe este formulario completo a:

U.S. Department of Justice  
950 Pennsylvania Avenue, NW  
Civil Rights Division  
Disability Rights Section  
Washington, D.C. 20530

Para presentar una denuncia a ADA por fax, envíe este formulario completo a: (202) 307-1197

Actualizado en mayo 2019

## **Declaración sobre la Ley de Reducción de Papeleo**

Esta solicitud se emite conforme a la Ley de Reducción de Papeleo de 1995, 44 U.S.C. § 3507. El propósito de esta recopilación de información es permitir a la Sección de Derechos de los Discapacitados (DRS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Justicia a participar en actividades autorizadas de cumplimiento y ejecución de derechos civiles. Proporcionar esta información es voluntaria, aunque el no brindarla podría resultar en una inhabilidad por parte del DRS para tramitar su denuncia. La carga estimada asociada con esta recopilación es de 45 minutos por respuesta, dependiendo de las circunstancias individuales. Cualquier comentario acerca de la precisión de esta aproximación de la carga o sugerencia para la reducción de la misma puede enviarse a la DRS por correo electrónico al: [DRS.PRA@crt.usdoj.gov](mailto:DRS.PRA@crt.usdoj.gov). Una agencia no puede llevar a cabo o patrocinar –y a una persona no está obligada a responder– la recopilación de información a no ser si viene con un número de control de la OMB actualmente en vigor.