

OFICINA DE DIVERSIDAD, EQUIDAD E INCLUSIÓN
WAHC - EDIFICIO 9 - ALBANY, NY 12207

**FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE LA LEY SOBRE
ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES**

Utilice este formulario para presentar una reclamación basada en la discapacidad en la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios.

Envíe este formulario a:

NYS Department of Taxation and Finance
Attn: Designee for Reasonable Accommodation
Building 9, Room 256
W.A. Harriman State Office Campus Albany, NY
12227
Reasonable.Accommodations@tax.ny.gov

INFORMACIÓN DEL DEMANDANTE

Nombre:

Teléfono de
residencia:

Dirección de
residencia:

Correo
electrónico:

1. Su reclamo se realiza contra:

Agencia del estado:

Nombre:

Título:

Dirección:

Teléfono:

2. Ubicación(es) y fecha(s) de las circunstancias que dieron lugar a su reclamación:

¿Continúan las circunstancias de su reclamación?

Sí No

3. Describa la supuesta denegación de servicios, actividades, programas o beneficios y sus razones para concluir que la conducta fue discriminatoria. Incluya el(los) nombre(s) de los testigos, si los hubiese, y adjunte los datos de respaldo, si están disponibles.

4. A. ¿Ha presentado un reclamo con respecto a esta queja ante una agencia del gobierno local, estatal o federal?

Sí No

B. ¿Ha contratado a un abogado con respecto a las acusaciones de la reclamación?

Sí No

C. ¿Ha iniciado una demanda legal o una acción judicial con respecto a esta reclamación?

Sí No

5. Este formulario de reclamación fue completado por:

Coordinador de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA)

Demandante

FIRMA: _____ FECHA: _____