

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ADA DISCRIMINACIÓN

1. Nombre (demandante) 2. Domicilio particular (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal) 3. Teléfono(s) Dirección de correo electrónico	4. Personas discriminadas negativamente (si es distinta del demandante) Nombre Dirección Ciudad, Estado, Código Postal Número de teléfono(s)	
5. Nombre de la persona(s) involucradas, si sabe	6. Fecha del presunto incidente	7. Ubicación del presunto incidente
8. Tipo de presunta discriminación	9. Explicar lo que sucedió y cómo usted cree que se discrimina contra usted (cómo se siente otra persona donde tratan de manera diferente de lo que) indican que se trata y explicar cuál es su función.	
10. Identificar plenamente cualquier persona(s) que podamos contactar para obtener información adicional de apoyo de aclarar sus denuncias [nombre, dirección, teléfono(s)]		
11. ¿Qué otro tipo de información tiene que sea relevante para la investigación de la denuncia?		
12. ¿Cómo cree usted que podría resolverse satisfactoriamente?	13. Si has tenido previamente esta queja , por favor especificar cuándo, dónde y cómo?	
Firma	Fecha:	
Admisión de ADA (Investigador):		
Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales). Adjuntar cualquier documentación de apoyo que usted tiene.		

Dirección postal:
Mid-Columbia Economic Development District
ATTN: Executive Director
515 East Second St, The Dalles, OR 97058