

COMPLAINT FORM

Americans with Disabilities Act Complaint Form

TOWNSHIP OF EWING/EWING SENIORS, is committed to ensuring that no person is denied access to its services, programs, or activities on the basis of their disabilities, as provided by title II of the Americans with Disabilities Act of 1990 ("ADA"). ADA complaints must be filed within 180 days from the date of the alleged incident.

The following information is necessary to assist us in processing your complaint. If you require any assistance in completing this form, or if you would like to make a verbal complaint, please contact the "enter Contact information"

Complainant:

Phone:

Street Address:

City, State, Zip Code

Alt Phone:

Person Preparing Complaint (if different from Complainant):

Street Address, City, State, Zip Code

Date of Incident: _____

Please describe the alleged discriminatory incident, including the location(s), if applicable. Provide the names and titles of "TOWNSHIP OF EWING, EWING SENIORS employees involved, if available.

Description of incident continued:

Have you filed a complaint with any other federal, state, or local agencies? Yes/No
(Circle One).

If so, list agency/agencies and contact information below:

Agency Contact Name:

Street Address, City, State, Zip Code Phone:

Agency Contact Name:

I affirm that I have read the above charge and that it is true to the best of my knowledge,
information, and belief.

Complainant's Signature

Date

Print or Type Name of Complainant

Date Received: _____

Received By: _____

FORMULARIO DE QUEJA

Formulario de queja de la ley de estadounidenses con discapacidades

Municipio de Ewing/Ewing las personas mayores se comprometen a garantizar que no se deniegue a ninguna persona el acceso a sus servicios, programas o actividades sobre la base de sus discapacidades, según lo dispuesto por el título II de la ley de estadounidenses con discapacidades de 1990 ("ADA"). Las quejas de ADA deben presentarse dentro de 180 días a partir de la fecha del presunto incidente.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita alguna ayuda para completar este formulario, o si desea hacer una queja verbal, por favor contacte con "ingrese la información de contacto"

Queja:

Teléfono:

Dirección de la calle:

Ciudad, estado, código postal

Teléfono alternativo:

Persona que prepara la queja (si es diferente del reclamante):

Dirección, ciudad, estado, código postal

Fecha del incidente:

Por favor describa el presunto incidente discriminatorio, incluyendo la (s) Ubicación (es), si corresponde. Proporcione los nombres y los títulos de los empleados de la tercera edad del municipio de Ewing/Ewing involucrados, si están disponibles.

Descripción del incidente continuado:

¿Ha presentado una queja ante otras agencias federales, estatales o locales? Si/no (círculo uno).

Si es así, enumere la Agencia/Agencias y la información de contacto abajo:

Nombre de contacto de la Agencia:

Dirección de la calle, ciudad, estado, código postal Teléfono:

Nombre de contacto de la Agencia:

Afirmo que he leído el cargo anterior y que es fiel a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia.

Firma del demandante fecha
