



MUNICIPIO AUTÓNOMO
PONCE
HON. MARLESE A. SIFRE RODRÍGUEZ

Programa Complementario Paratransito

TEL: 787-841-0260/787-841-0263/787-813-5111

DIRECCIÓN FÍSICA/PHYSICAL ADDRESS: DORA COLÓN CLAVELL URBAN PARK AND TERMINAL, CONCORDIA, JOBOS AND MARINA STREETS, PONCE, P. R.

DIRECCIÓN POSTAL/MAILING ADDRESS: P O BOX 331709, PONCE, PUERTO RICO 00733-1709

RADICACIÓN DE DENUNCIA/COMPLAINT FILING

Título II - Servicios Públicos: Gobierno Estatal y Local/ Title II - Public Services: State and Local Government

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act – ADA)

Instrucciones: Favor de completar este formulario en su totalidad. Firme, envíe o entregue.

Instructions: Please complete this form in its entirety. Sign, send or deliver.

Denunciante/Informer: _____

Dirección Residencial/Residential Address: _____

Dirección Postal/Postal Address: _____

Número de Teléfono/Celular/ Phone/cellphone number: _____

Persona discriminada (en caso de no ser el denunciante)/ Discriminated person (in case of not being the complainant): _____

Dirección Residencial/Residential Address: _____

Dirección Postal/Postal Address: _____

Número de Teléfono/Celular/Phone/cellphone number: _____

¿Fecha de cuándo ocurrieron los actos donde usted entendió que fue discriminado/a?/ Date of when the acts occurred where you understood that you were discriminated against? _____

Describa los actos discriminatorios, proporcionando los nombres de las personas que discriminaron, cuando sea posible/ Describe the discriminatory acts, providing the names of the people who discriminated, when possible.

Que usted tenga conocimiento, ¿Se han realizado esfuerzos para atender su radicación?/That you have knowledge, have efforts been made to address your filing? Sí/Yes _____ No/No _____

En caso afirmativo, Describa/If yes, Describe

¿Se ha presentado la denuncia ante otra oficina gubernamental? /Has the complaint been filed with another government office?

Sí/Yes _____ No/No _____ Fecha/Date: _____

En caso afirmativo/If so:

Nombre de la Agencia/ Name of the Agency: _____

Dirección/Address: _____

Número de teléfono/Phone number: _____

¿Piensa usted presentar la denuncia ante otra oficina gubernamental?/Do you plan to file a complaint with another government office?

Sí/Yes _____ No/No _____ Nombre de la oficina gubernamental/Name of the government office: _____

Firma/Sign: _____

Fecha/Date: _____

DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN Y DESARROLLO ECONÓMICO

PO Box 331709, Ponce, PR 00733-1709

Tel. 939.242.3899