

# Ciudad de Lakewood ADA Formulario de Queja



**Lakewood**  
Colorado

Bajo el Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés), la ciudad de Lakewood está obligada a hacer que las instalaciones, servicios y programas de la ciudad sean accesibles para las personas con discapacidades y en cumplimiento con la ADA. Si usted siente que no ha podido acceder al gobierno de la ciudad de Lakewood debido a un problema de accesibilidad, o ha sido discriminado en función de su discapacidad, por favor llene y envíe este formulario. Su queja será investigada, y usted será contactado con los resultados, o cómo proceder. Este formulario y proceso están diseñados para brindarle la oportunidad de resolver rápida y eficazmente cualquier problema en relación con la ADA y la ciudad de Lakewood. Para organizaciones o negocios fuera de la responsabilidad de la ciudad, comuníquese con el Departamento de Justicia al 1-800-514-0301.

Por favor, llene este formulario completamente. Si es necesario, puede hacer clic en el botón azul "Guardar" en la parte inferior izquierda, que le dará un enlace para que pueda volver más tarde para finalizar el formulario. Cuando haya terminado, haga clic en el botón verde "Enviar" en la parte inferior derecha para entregar el formulario y comenzar el proceso de queja.

Alternativamente, puede descargar el formulario [en formato PDF](#), imprimirlo y llenarlo, y regresarlo a:

City of Lakewood: Attn: Billy Cooper

480 S. Allison Parkway

Lakewood, CO 80226

Esta información no se compartirá con nadie fuera de la organización de la ciudad a menos que usted indique lo contrario. Tenga en cuenta que este procedimiento de queja es para instalaciones, servicios y programas propiedad u operados por la ciudad de Lakewood.

¿Quiere permanecer en el anonimato? (Select 1 option)

Required

- Sí
- No

Complete this field if you selected 'No' in : ¿Quiere permanecer en el anonimato?

**Su nombre (denunciante)**

Complete este campo si seleccionó "No" en: ¿Desea permanecer en el anonimato?

Complete this field if you selected 'No' in : ¿Quiere permanecer en el anonimato?

**Dirección**

Complete este campo si seleccionó "No" en: ¿Desea permanecer en el anonimato?

Complete this field if you selected 'No' in : ¿Quiere permanecer en el anonimato?

**Cuidad**

Complete este campo si seleccionó "No" en: ¿Desea permanecer en el anonimato?

Complete this field if you selected 'No' in : *¿Quiere permanecer en el anonimato?*

**Estado**

Complete este campo si seleccionó "No" en: *¿Desea permanecer en el anonimato?*

Complete this field if you selected 'No' in : *¿Quiere permanecer en el anonimato?*

**Codigo postal**

Complete este campo si seleccionó "No" en: *¿Desea permanecer en el anonimato?*

Complete this field if you selected 'No' in : *¿Quiere permanecer en el anonimato?*

**Teléfono #1**

Complete este campo si seleccionó "No" en: *¿Desea permanecer en el anonimato?*

Complete this field if you selected 'No' in : *¿Quiere permanecer en el anonimato?*

**Teléfono #2**

Complete este campo si seleccionó "No" en: *¿Desea permanecer en el anonimato?*

Complete this field if you selected 'No' in : *¿Quiere permanecer en el anonimato?*

**Correo Electrónico**

If you do not have an email address or do not want to share it, just skip this question. Your email address will be used to send you a completed copy of this form, and may be used to communicate with you during the grievance procedure.

Complete este campo si seleccionó "No" en *¿Desea permanecer en el anonimato?*

**Naturaleza de la queja/queja/solicitud (describa)**

Required

Form area for describing the nature of the complaint/request, featuring three horizontal dashed lines for text entry.

Ubicación de lo ocurrido (por favor sea lo más específico posible) Required

Fecha y hora de lo ocurrido Required

Por favor, baje cualquier foto o documento relacionado. Adjunte los archivos al final de este formulario antes de enviarlo.



Please attach all files to the end of this form before submitting it.

Fecha de hoy Required

M	M	D	D	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---

Complete this field if you selected 'No' in : *¿Quiere permanecer en el anonimato?*

**AFIRMACIÓN (Seleccione 1 o más opciones) (Select 1 or more options)** Required

Entiendo que al escribir mi nombre arriba y marcando esta casilla, declaro que he completado personalmente este informe y que la información proporcionada es, a mi leal saber y entender, verdadera, correcta y completa.

Sí, entiendo

Si tiene preguntas sobre este formulario, comuníquese con Billy Cooper al 303 987-7612 para obtener información o por correo electrónico [ADAcoordinator@lakewood.org](mailto:ADAcoordinator@lakewood.org).

Por favor, espere 15 días hábiles para investigar y responder a su queja. El horario de la oficina de administración de la ciudad de Lakewood es de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m.

*End of form*

*Don't forget to attach all files before submitting this form*