

Sección IV		
¿Ha llenado una querella de ADA previamente con esta agencia?	Sí	No

Sección V
¿Ha llenado una querella con cualquier otra agencia Federal, de Estado, o local, o con alguna corte de Estado o Federal?
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si contestó sí, marque todas las que apliquen:
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____
<input type="checkbox"/> Corte Federal _____ <input type="checkbox"/> Agencia de Estado _____
<input type="checkbox"/> Corte de Estado _____ <input type="checkbox"/> Agencia Local _____

Por favor provea la información acerca de la persona de contacto en la agencia /corte en que usted llenó la querella.

Nombre: _____

Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Sección VI
Nombre de la agencia que quiere denunciar: _____
Persona de Contacto: _____
Título: _____
Número de Teléfono: _____

Usted puede incluir cualquier material por escrito u otra información que pueda ser relevante para su querella.

Firma y fecha son requeridas:

Firma

Fecha

Puede someter esta forma por correo ó en persona a la dirección provista a continuación:

RRTA Director of Operations
45 Erick Road
Lancaster, PA 17601

Por favor use el espacio provisto para completar la información requerida en la Sección III.