

**Formulario de Denuncia de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)**  
Mountain Line  
División de Derechos Civiles

Mountain Line se compromete a garantizar que no se excluya a ninguna persona de la participación en sus servicios ni se le nieguen los beneficios de los mismos por motivos de capacidad. Las denuncias deben presentarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha de la supuesta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su denuncia. Si necesita ayuda para cumplimentar este formulario, por favor, póngase en contacto con la División de Derechos Civiles llamando al (928) 679 - 8926. El formulario cumplimentado debe devolverse a la División de Derechos Civiles de Mountain Line, Atn: Funcionario de Derechos Civiles, 216 W. Phoenix Ave., Flagstaff, AZ 86001 o por correo electrónico: [civilrights@mountainline.az.gov](mailto:civilrights@mountainline.az.gov).

|                                                       |                       |
|-------------------------------------------------------|-----------------------|
| Su Nombre:                                            | Teléfono:             |
| Dirección Postal:                                     | Teléfono Alternativo: |
|                                                       |                       |
| Persona(s) discriminada(s) (si no es el denunciante): |                       |
| Nombre(s):                                            |                       |
| Dirección Postal, Ciudad, Estado y Código Postal:     |                       |

Fecha del Incidente: \_\_\_\_\_

Por favor, describa el supuesto incidente discriminatorio. Facilite los nombres y cargos de todos los empleados de Mountain Line implicados, si dispone de ellos. Explique qué ocurrió y quién cree que fue el responsable. Por favor, utilice el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.

¿Ha presentado alguna denuncia ante algún otra agencia federal, estatal o local? (Encierre en un círculo)

Sí / No

En caso afirmativo, indique a continuación la agencia o agencias y la información de contacto:

|          |                      |
|----------|----------------------|
| _____    | _____                |
| Agencia: | Nombre del Contacto: |

|                                                   |           |
|---------------------------------------------------|-----------|
| _____                                             | _____     |
| Dirección Postal, Ciudad, Estado y Código Postal: | Teléfono: |

|          |                      |
|----------|----------------------|
| _____    | _____                |
| Agencia: | Nombre del Contacto: |

|                                                   |           |
|---------------------------------------------------|-----------|
| _____                                             | _____     |
| Dirección Postal, Ciudad, Estado y Código Postal: | Teléfono: |

Afirmo que he leído la denuncia anterior y que es cierta a mi leal saber, entender y creencia.

|                        |        |
|------------------------|--------|
| _____                  | _____  |
| Firma del Denunciante: | Fecha: |

\_\_\_\_\_  
Nombre del Denunciante en letra de molde o a máquina

**Sólo para uso de la Oficina de Mountain Line:**

Fecha de Recepción: \_\_\_\_\_

Recibido Por: \_\_\_\_\_