



AUTORIDAD DE VIVIENDA DE LA CIUDAD DE LOS ÁNGELES

FORMULARIO DE RECLAMOS RELACIONADOS CON DISCAPACIDADES

Si usted desea reclamar el rechazo a su solicitud de acomodación razonable o si usted cree que usted fue víctima de discriminación debido a su discapacidad usted puede enviar una solicitud de reclamo escrita. Se prefiere el uso de este formulario pero no es obligatorio. Si utiliza otro formulario escrito, por favor asegúrese que toda la información solicitada abajo sea incluida. Por favor escriba de manera legible, firme el formulario, y envíelo a:

Accessibility (Section 504) Coordinator
Housing Authority City of Los Angeles (HACLA)
2600 Wilshire Blvd – Planning Department
Los Angeles, CA 90057
coordinator@hacla.org

Nombre (letra de molde): _____ Reg. # o
Cliente # _____
Teléfono # (____) _____ Correo Electrónico: _____
Dirección de Calle: _____
Ciudad, Estado, Código Postal _____

Esta queja se registra debido a que (por favor marque uno):

- Negación de solicitud de adaptación razonable - Por favor complete la sección A abajo
- Incidente de Discriminación Relacionado con Discapacidad - Por favor complete sección la B abajo

Sección A – Negación De Solicitud De Acomodación Razonable

Si no ha presentado una solicitud de acomodación inicial, por favor hágalo por escrito o verbalmente a su trabajador, preferiblemente utilizando el formulario del Cuestionario para Acomodación Razonable de HACLA (S504-02) se encuentra disponible en las oficinas de HACLA y en la página web: www.hacla.org/504.

Si se le ha rechazado una solicitud, por favor adjunte una copia de su carta de rechazo si la tiene disponible.

¿Cuál era la acomodación solicitada? _____

¿Por qué se le negó la acomodación? _____

¿Tiene alguna otra documentación que HACLA pueda tomar en cuenta? Sí No
Si afirmativo, adjunte copia del documento

Sección B – Incidente de Discriminación Relacionado a Discapacidad

El rechazo de una solicitud de una acomodación razonable en sí misma no constituye discriminación.

Fecha(s) en que se presentó la supuesta discriminación: _____

Nombre(s) de personal/representante(s) de HACLA involucrado(s): _____

Describa el incidente, incluya lugar(es), nombres de testigos y cualquier otra información que sea importante para el caso. Por favor escriba de manera que sea legible y si necesita más espacio, adjunte una página adicional. _____

Firme este formulario y envíelo al Coordinador de Acceso de HACLA (dirección en la parte superior del formulario)

Firma

Fecha