

**FORMULARIO DE AGRAVIO DE LA LEY PARA ESTADOUNIDENSES CON
DISCAPACIDADES (ADA)**

Es la norma del Departamento de Servicios para Niños y Familias brindar ayuda para completar este formulario. Si necesita ayuda, por favor comuníquese con:

DCFS ADA Officer
1921 South Indiana
Chicago, IL 60616
(312) 808-5000

DCFS.OfficeofAffirmativeAction@illinois.gov.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado y Código Postal: _____

No. de teléfono _____

Programa, servicio o actividad al/a la que se negó acceso o en el/la que ocurrió una supuesta discriminación: _____

Fecha de la supuesta discriminación: _____

Naturaleza de la supuesta discriminación: _____

(Si fuera necesario, adjunte hojas adicionales. Si el agravio se basa en la denegación de una modificación razonable solicitada, por favor complete el dorso de este formulario).

Certifico que estoy calificado(a) o que soy elegible para participar en el programa, servicio o actividad y que las declaraciones anteriores son verdad a mi mejor saber y entender.

Firma

Fecha

Por favor, entregue esto al Funcionario de la ADA en la dirección mencionada arriba.

Solo para uso de la oficina	
Fecha de recepción: _____	Por: _____

**FORMULARIO DE AGRAVIO DE LA LEY PARA ESTADOUNIDENSES CON
DISCAPACIDADES: PARTE II
Solicitud de modificaciones razonables**

Por favor, complete esta parte del formulario si el agravio se debe a la denegación de una modificación razonable solicitada. Se realizará una modificación razonable para hacer accesibles los programas, servicios y actividades. Las modificaciones razonables podrían incluir cosas como proveer elementos y dispositivos de asistencia y cambiar algunas normas y exigencias para permitir la participación de una persona discapacitada. Debe llenar esta parte del formulario en la medida que conozca las respuestas. Se puede presentar el formulario aunque esta parte esté incompleta.

Modificaciones razonables solicitadas: _____

Fecha en que se solicitó la modificación razonable: _____

Persona a quien se realizó la solicitud: _____

Razón de la denegación: _____

Costo estimado de la modificación (si se trata de un dispositivo de asistencia tal como un TDD o lector óptico o un insumo o servicio cuyo costo es fácil de obtener): _____

¿Por qué es necesaria la modificación solicitada para utilizar o participar en el programa, servicio o actividad? _____

Modificaciones alternativas que podrían brindar accesibilidad: _____

Cualquier otra información que usted cree que ayudará a lograr una resolución justa de este agravio. _____

