



# City of Hemet

445 E. FLORIDA AVE. • HEMET, CALIFORNIA 92543 • (951) 765-2475

COMMUNITY DEVELOPMENT DEPT  
Building Division

Departamento de Justicia de los Estados Unidos  
División de Derechos Civiles  
Sección de Derechos en Razón de Discapacidad

OMB No. 1190-0009

**Título II de la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades  
[Americans with Disabilities Act]  
Sección 504 de la Ley de Rehabilitación [Rehabilitation Act] de 1973  
Formulario de denuncia de discriminación**

Instrucciones: Por favor complete este formulario en su totalidad, con tinta negra o mecanografiado. Firme y regrese a la dirección en la página 3.

Denunciante: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono Laboral: \_\_\_\_\_

Persona discriminada:  
(en caso de no ser el denunciante) \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono Particular: \_\_\_\_\_ Teléfono Laboral: \_\_\_\_\_

Gobierno u organización o institución que usted cree que ha discriminado:

Nombre: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

¿Cuándo ocurrió la discriminación? Fecha: \_\_\_\_\_

Describa los actos discriminatorios, proporcionando los nombres de las personas que discriminaron, cuando sea posible (use el espacio en la página 2 de ser necesario):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Se han realizado esfuerzos para resolver esta denuncia mediante el procedimiento interno para agravios del gobierno, organización o institución?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo: ¿Cuál es la situación de la resolución de agravio?

\_\_\_\_\_

Se ha presentado la denuncia ante otra oficina del Departamento de Justicia u otra agencia de derechos civiles o tribunal local, estatal o federal?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

En caso afirmativo: Agencia o tribunal:

\_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_

¿Piensa usted presentar la denuncia ante otra dependencia o tribunal?

Sí \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Agencia o tribunal:

\_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad, estado y código postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Espacio adicional para respuestas: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Regresar a: Departamento de Justicia de los Estados Unidos  
División de Derechos Civiles [Civil Rights]  
950 Pennsylvania Avenue, NW  
Sección de Derechos en Razón de Discapacidad [Disability Rights] – NYAV  
Washington, D.C. 20530