



RADICACIÓN DE DENUNCIA / COMPLAINT FILING

Título II - Servicios Públicos: Gobierno Estatal y Local/ Title II - Public Services: State and Local Government

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act – ADA)

Instrucciones: Favor de completar este formulario en su totalidad. Firme, envíe o entregue.

Instructions: Please complete this form in its entirety. Sign, send or deliver.

Denunciante / Whistleblower:

Dirección Residencia / Residence Address:

Dirección Postal / Postal Address:

Número de Teléfono / Celular / Phone / cellphone number:

Persona discriminada (en caso de no ser el denunciante) / Discriminated person (in case of not being the complainant): _____

Dirección Residencial / Residence Address:

Dirección Postal / Postal Address:

Número de Teléfono / Celular / Phone / cellphone number:

Gobierno, organización o institución que usted cree que ha discriminado / Government, or organization, or institution which you believe has discriminated:

Nombre / Name:

Dirección / Address:



Ciudad / City: _____

Estado y Código Postal / State and Zip Code: _____

Número de teléfono / Telephone Number: _____

Cuando ocurrió la discriminación? Fecha / When did the discrimination occur?

Date: _____

Describe los actos de discriminación, incluyendo el(los) nombre(s), de ser posible, de los individuos que fueron discriminatorios (de ser necesario, puede continuar en la página 3) / Describe the acts of discrimination providing the name(s) where possible of the individuals who discriminated (use space on page 3 if necessary):

¿Se ha esforzado por resolver esta denuncia mediante el procedimiento interno de denuncias del Gobierno, de la organización o de la institución? / Have efforts been made to resolve this complaint through the internal grievance procedure of the government, organization, or institution?

Sí / Yes _____ No / No _____

En caso afirmativo: ¿Cuál es la situación de la denuncia? / If yes: what is the status of the grievance?

¿La denuncia se ha presentado ante alguna otra oficina del Departamento de Justicia o bien alguna otra agencia de derechos civiles o tribunal federal, estatal o local? / Has the complaint been filed with another bureau of the Department of Justice or any other Federal, State, or local civil rights agency or court?

Sí / Yes _____ No / No _____

En caso afirmativo: / If yes:

Agencia o tribunal / Agency or Court: _____

Persona de contacto / Contact Person: _____

Dirección / Address: _____

Ciudad, Estado, y Código Postal / City, State, and Zip Code: _____

Número de teléfono / Telephone Number: _____

Fecha en que se presentó la denuncia / Date Filed: _____



GOBIERNO DE PUERTO RICO
 GOBIERNO MUNICIPAL AUTONOMO DE PONCE
 APARTADO 331709 PONCE, PR 00733-1709
 TEL: 787-841-0261 www.visitponce.com



¿Usted tiene la intención de presentar la denuncia ante alguna otra agencia o tribunal? / Do you intend to file with another agency or court?

Sí / Yes _____ No / No _____

En caso afirmativo: / If yes:

Agencia o tribunal / Agency or Court: _____

Persona de contacto / Contact: _____

Dirección / Address: _____

Ciudad, Estado, y Código Postal / City, State, and Zip Code : _____

Número de teléfono / Telephone Number: _____

Espacio adicional para respuestas / Adicional Space for answers:

Firma / Signature: _____

Fecha / Date: _____

Una vez completada la solicitud la misma debe ser entregada al Administrador de SITRAS / Ones this form has been completed it should be turned over to the SITRAS Administrator

Sr. Ángel Ruiz
 Title VI Program Coordinator
 Casa Alcaldía de Ponce,
 Calle Marina Edificio Fernandez 2do Piso Ponce PR
 Teléfono / Phone 787-284-4141 Ext.2021
angel.ruiz@ponce.pr.gov