



**Formulario de reclamo por discriminación de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973**

Instrucciones: Si usted considera que la Aster Aging, Inc. (por sus siglas en inglés) cometió discriminación en contra de una o más personas, en base a una enfermedad o discapacidad, por favor llene este formulario por completo, fírmelo y envíelo a la dirección que aparece en la siguiente página. Otros medios para presentar reclamos, como por ejemplo entrevistas personales o una grabación del reclamo, estarán disponibles para las personas con discapacidades, a petición previa. Para obtener asistencia, llame al 480-964-9014 o TTY 800-842-4681.

Nombre del demandante:

---

Dirección:

---

Ciudad:

Estado:

Código postal:

---

Teléfono residencia:

Teléfono trabajo:

---

Nombre de la víctima de discriminación:  
(si es distinto al del demandante)

---

Dirección:

---

Ciudad:

Estado:

Código postal:

---

Teléfono residencia:

Teléfono trabajo:

---

¿En qué fecha ocurrió el acto de discriminación?

---

Describa los actos de discriminación, suministrando el (los) nombre(s), de ser posible, de los individuos responsables de los actos discriminatorios (use el espacio adicional en la siguiente página de ser necesario):

¿Se presentó el reclamo ante otra oficina del Ministerio de Justicia o algún tribunal o organismo de derechos civiles federal, estatal o local?

Yes  No

En caso afirmativo, indique organismo o tribunal::

---

Persona de contacto:

---

Dirección:

---

Ciudad:

Estado:

Código postal:

---

Teléfono residencia:

Teléfono trabajo:

---

Fecha de presentación del reclamo:

---

Espacio adicional para las repuestas:

Firma:

Fecha:

---

**Por favor envíe el formulario a:**

**ADA Coordinator  
Aster Aging  
45 W. University Dr., Suite A  
Mesa, AZ 85201**

**O por correo electrónico a [amontes@asteraz.org](mailto:amontes@asteraz.org)**

**Teléfono: (480) 964-9014  
Fax: (480) 898-7306  
TTY: 1-800-842-4681**