

DEMANDA/QUERELLA AL AMPARO DE LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES

JD-ES-263 Rev. 8-20
28 CFR § 35.107 (b)

ESTADO DE CONNECTICUT
TRIBUNAL DE PRIMERA INSTANCIA
www.jud.ct.gov



Instrucciones

Presente este formulario ante el Director de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, 90 Washington Street, Hartford, Connecticut 06106, (860) 706-5280, en un plazo máximo de diez (10) días tras el inicio del presunto acto o decisión discriminatoria. Las personas con discapacidades podrán solicitar otros medios alternativos para tramitar su demanda/querella, como por ejemplo, una entrevista personal o una grabación oral de la querella. Adjunte páginas o documentos adicionales si fuera necesario.

Para obtener información sobre ajustes razonables conforme a la ley ADA, comuníquese con un empleado de la Secretaría o visite la página: www.jud.ct.gov/ADA.

Nombre de la persona que presenta la querella	Teléfono	Dirección de correo electrónico (opcional)
---	----------	--

Dirección

Describa el presunto acto o decisión discriminatoria:
(incluya fechas, lugares, nombres y e información de contacto de los testigos - utilice páginas adicionales de ser necesario.)

.....

.....

.....

.....

¿Qué reparación o solución está solicitando?

.....

.....

.....

Firma (de la persona que presenta esta querella)	Fecha
--	-------

PARA USO EXCLUSIVO DEL TRIBUNAL

- La querella queda desestimada.
- Se propone la siguiente resolución:

.....

.....

.....

- El asunto se da por concluido.
- El asunto no se da por concluido.
- El demandante ha sido informado sobre las agencias federales y estatales que están disponibles para proseguir con el asunto.

Comentarios adicionales:

.....

.....

Director de la Unidad de Gestión de Recursos Humanos, o la persona designada por el director

..... Fecha