



## Ciudad de Kinston

### La Ley de Americanos Con Discapacidades (ADA)

### Formulario de Solicitud de Acceso Para Ciudadanos con Discapacidades

*En el caso de que uno haya experimentado o presenciado una supuesta acción o evento que viole las protecciones creadas bajo la ADA, se recomienda que él/ella/ellos reporten dicho evento inmediatamente. Cualquier pregunta puede ser dirigida al **Departamento de Recursos Humanos** con el número (252) 939-3120.*

*A petición, se harán ajustes razonables para reportar un acontecimiento y/o formas alternativas accesibles pueden ser proporcionadas. Por favor comuníquese con la ciudad si tal acomodación es necesaria.*

*\*Denota un campo obligatorio*

1. Nombre del Solicitante: \* \_\_\_\_\_

2. Dirección: \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3. Teléfono Preferido: \* \_\_\_\_\_

4. Correo Electrónico: \* \_\_\_\_\_

5. Fecha del Supuesto Evento: \* \_\_\_\_\_

6. Departamento(s), Evento(s) or Individual(s) Involucrado: \* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

7. Por favor describa el supuesto suceso con tanto detalle como sea posible. Incluya la ubicación, la hora, la(s) persona(s) o departamento(s) involucrado(s), los testigos, etc..... \*

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

8. Si la supuesta ocurrencia involucró un evento, servicio, programa o actividad planeada de antemano por la Ciudad, ¿solicitó el afligido que se hicieran adaptaciones razonables para la accesibilidad?\*

No

Si

9. Si se presentó una solicitud de adaptación, ¿cuál fue el resultado?\*

---

---

---

---

---

10. ¿Hay alguna información adicional que la ciudad deba conocer?\*

---

---

---

---

*La siguiente sección solo debe completarse si el solicitante y el individuo que reporta no es el mismo individuo. Por favor, salte preguntas 11-15 si esto no se aplica a usted.*

11. Nombre de la Persona Informante:\* \_\_\_\_\_

12. Dirección de la Persona Informante:\* \_\_\_\_\_

13. Teléfono Preferido:\* \_\_\_\_\_

14. Correo Electrónico de la Persona Informante:\* \_\_\_\_\_

15. Personas Afectadas (si no es la misma que la persona que denuncia):\* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

*Al firmar y enviar este formulario estoy certificando que la información proporcionada en estas respuestas es exacta y ha sido reportada a lo mejor de mi capacidad y conocimiento.*

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

*Por favor envíe este formulario en su totalidad al Departamento de Recursos Humanos de la Ciudad de Kinston en: 207 E. King St, Kinston NC 28501.*

*También puede enviar por correo electrónico este formulario completo a: [Lea.mills@ci.kinston.nc.us](mailto:Lea.mills@ci.kinston.nc.us) o por fax a (252) 939-1519.*