TÍTULO II del Acta de Americanos con Discapacidades
Sección 504 del Acta de Rehabilitación de 1973

Solicitud de Adaptación/Forma de Queja

Instrucciones: Por favor llene este formulario en su totalidad, usando tinta negra o escribiendo a máquina. Firmar y enviarlo a la dirección en la parte inferior de la página. Este formulario está disponible en formatos alternativos por solicitud.

Individuo Reportando	
Nombre y Dirección:	
Ciudad,Estado,Código Postal:	
Teléfono:	Casa: Negocio:
Servicio, Programa o instalación Supuestamente Inaccessible	
Nombre del Servicio/ Programa o Instalaciones:	
Dirección:	
Ciudad,Estado,Código Postal:	
Teléfono:	
Fecha:	
Describir la forma en que el servicio, programa o instalación no es accesible. (Por favor use otros archivos adjuntos según sea necessario).	
Acción Tomada (para Uso de Oficina)	
Firma del Individuo Reportando:	

Por Favor Envíe un Correo a: ADA Compliance Officer,
City of Daly City, 333 90th Street, Daly City, CA 94015

For Office Use:
File No: _____

Date Received: _____ Received By: _____