

HACIENDA HEALTHCARE

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 Hacienda HealthCare, 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 (602) 243-4231 X 104.

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 u organismo de derechos civiles federal, estatal o local? Sí No

En caso afirmativo, indique organismo o tribunal: _____

Persona de contacto: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Fecha de presentación del reclamo: _____

Espacio adicional para las respuestas:

Firma: _____ Fecha: _____

Por favor envíe el formulario por correo certificado a:

**Director of Human Resources/Designee
Hacienda HealthCare
1402 E. South Mountain Ave.
Phoenix, AZ 85042**

o por correo electrónico: Compliance@haciendahealthcare.org

Phone: (602) 243-4231 X104