

## **Notice to the Public:**

### **Notifying the Public of Rights under Title VI**

Dreams With Wings Inc. operates its programs and services without regard to race, color, or national origin, in accordance with Title VI of the Civil Rights Act of 1964.

If you believe you have been discriminated against on the basis of race, color, or national origin by Dreams With Wings Inc., you may file a Title VI complaint by completing, signing, and submitting the agency's Title VI Complaint Form.

#### **How to file a Title VI complaint with Dreams With Wings Inc..**

1. A Complaint Form may be obtained from the Dreams With Wings Inc. website: [www.dreamswithwings.org](http://www.dreamswithwings.org), or in person from the Dreams With Wings Inc. office at  
1579 Bardstown Rd  
Louisville, KY 40205
2. In addition to the complaint process at Dreams With Wings Inc. complaints may be filed directly to: Federal Transit Administration, Office of Civil Rights. Attn: Complaint Team East Building, 5th Floor - TCS  
1200 New Jersey Avenue, SE Washington, DC 20590 (Phone 888-446-4511)
3. Complaints must be filed within 180 days following the date of the alleged discriminatory occurrence and should contain as much detailed information about the alleged discrimination as possible.
4. The form must be signed and dated, and include your contact information.  
If information is needed in another language, contact 502-459-4647.

## D. Procedure for Filing a Title VI Complaint

### Filing a Title VI Complaint

The complaint procedures apply to the beneficiaries of Dreams With Wings Inc.'s programs, activities, and services.

RIGHT TO FILE A COMPLAINT: Any person who believes they have been discriminated against on the basis of race, color, or national origin by Dreams With Wings Inc. may file a Title VI complaint by completing and submitting the agency's **Title VI Complaint Form**. Title VI complaints must be received in writing within 180 days of the alleged discriminatory complaint.

HOW TO FILE A COMPLAINT: Information on how to file a Title VI complaint is posted on our agency's website, and in public areas of our agency.

You may download the Dreams With Wings Inc. Title VI Complaint Form at [www.dreamswithwings.org](http://www.dreamswithwings.org), or request a copy by writing to:

Dreams With Wings Inc.

1579 Bardstown Road

Louisville, KY 40205

Information on how to file a Title VI complaint may also be obtained by calling Dreams With Wings Inc. at 502-459-4647.

You may file a signed, dated complaint no more than 180 days from the date of the alleged incident. The complaint should include:

- Your name, address and telephone number.
- Specific, detailed information (how, why and when) about the alleged act of discrimination.
- Any other relevant information, including the names of any persons, if known, the agency should contact for clarity of the allegations.

Please submit your complaint form to the Title VI Investigator at:

Title VI Investigator

Dreams With Wings Inc.

1579 Bardstown Rd

Louisville, KY 40205

COMPLAINT ACCEPTANCE: Dreams With Wings Inc. will process complaints that are complete.

Once a completed Title VI Complaint Form is received, Dreams With Wings Inc. will review it to determine if Dreams With Wings Inc. has jurisdiction. The complainant will receive an acknowledgement letter informing them whether or not the complaint will be investigated by Dreams With Wings Inc.

INVESTIGATIONS: Dreams With Wings Inc. will generally complete an investigation within 90 days from receipt of a completed complaint form. If more information is needed to resolve the case, Dreams With Wings Inc. may contact the complainant. Unless a longer period is specified by Dreams With Wings Inc. the complainant will have ten (10) days from the date of the letter to send requested information to the Dreams With Wings Inc. investigator assigned to the case.

If the requested information is not received within that timeframe, the case may be administratively closed. Also, a case may be administratively closed if the complainant no longer wishes to pursue the case, upon written notice, and if the Dreams With Wings Inc. Executive Director approves.

LETTERS OF CLOSURE OR FINDING: After the Title VI investigator reviews the complaint, the Title VI investigator will issue one of two letters to the complainant: a closure letter or letter of finding (LOF).

- A closure letter summarizes the allegations and states that there was not a Title VI violation and that the case will be closed.

- A Letter of Finding (LOF) summarizes the allegations and provides an explanation of the corrective action taken.

If the complainant disagrees with Dreams With Wings Inc.'s determination, the complainant may request reconsideration by submitting the request in writing to the Title VI investigator, and a copy to the TARC Executive Director, 1000 W Broadway, Louisville, KY 40203, within seven (7) days after the date of the letter of closure or letter of finding, stating with specificity the basis for the reconsideration. Dreams With Wings Inc. will notify the complainant of the decision either to accept or reject the request for reconsideration within ten (10) days. In cases where reconsideration is granted, Dreams With Wings Inc. will issue a determination letter to the complainant upon completion of the reconsideration review.

A person may also file a complaint directly with the Federal Transit Administration, Office of Civil Rights, ATTN: Complaint Team, East Building, 5th Floor - TCR, 1200 New Jersey Avenue, SE Washington, DC 20590

If information is needed in another language, contact Dreams With Wings Inc. at 502-459-4647 or at:

Dreams With Wings Inc.

1579 Bardstown Rd.

Louisville, KY 40205

## TITLE VI COMPLAINT FORM

“No person in the United States shall, on the basis of race, color, or national origin, be excluded from participation in, be denied the benefits of, or be subjected to discrimination under any program or activity receiving Federal financial assistance.”

If you feel that you have been discriminated against in the provision of transportation services, please provide the following information to assist us in processing your complaint. Should you require any assistance in completing this form or need information in alternate formats, please let us know.

Please mail or return this form to:

Title VI Coordinator  
 Dreams With Wings Inc.  
 1579 Bardstown Rd.  
 Louisville, KY 40205

PLEASE PRINT

1. Complainant's Name:		
a. Address:		
b. City:	State:	Zip Code:
c. Telephone (include area code): Home ( ) or Cell ( )		Work
( ) -		( ) -
d. Email address:		
Do you prefer to be contacted by this e-mail address? ( ) YES ( ) NO		
2. Accessible Format of Form Needed? ( ) YES specify: _____ ( ) NO		
3. Are you filing this complaint on your own behalf? ( ) YES If YES, please go to question 7. ( ) NO If no, please go to question 4		
4. If you answered NO to question 3 above, please provide your name and address.		
a. Name of Person Filing Complaint:		
b. Address:		
c. City:	State:	Zip Code:
d. Telephone (include area code): Home ( ) or Cell ( )		Work
( ) -		( ) -
e. Email address:		
Do you prefer to be contacted by this Email address? ( ) YES ( ) NO		
5. What is your relationship to the person for whom you are filing the complaint?		
6. Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party. ( ) YES, I have permission. ( ) NO, I do not have permission.		
7. I believe that the discrimination I experienced was based on (check all that apply):		
( ) Race ( ) Color ( ) National Origin (classes protected by Title VI)		
( ) Other (please specify)		

(Continued)

TITLE VI COMPLAINT FORM – PAGE 2

8. Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year):
9. Where did the Alleged Discrimination take place?
10. Explain as clearly as possible what happened and why you believe that you were discriminated against. Describe all of the persons that were involved. Include the name and contact information of the person(s) who discriminated against you (if known). <i>Use the back of this form or separate pages if additional space is required.</i>
11. Please list any and all witnesses' names and phone numbers/contact information. <i>Use the back of this form or separate pages if additional space is required.</i>
12. Please explain what remedy or action you are seeking for the alleged discrimination.
13. Have you filed a complaint with any other Federal, State, or Local agency, or with any Federal or State court? ( ) YES If yes, check all that apply. ( ) NO a. ( ) Federal Agency (List agency's name) b. ( ) Federal Court (Please provide location) c. ( ) State Court d. ( ) State Agency (Specify Agency) e. ( ) County Court (Specify Court and County) f. ( ) Local Agency (Specify Agency)
14. If YES to question 14 above, please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.
Name: _____ Title: _____
Agency: _____ Telephone: ( ) _____ - _____
Address: _____
City: _____ State: _____ Zip Code: _____

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature and date are required:

\_\_\_\_\_

Signature

\_\_\_\_\_

Date



## **Notifying the Public of Rights under the Americans with Disabilities Act (ADA)**

In accordance with the requirements of Title I of the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), the Dreams With Wings Inc. will not discriminate against qualified individuals with disabilities on the basis of disability in its services, programs, or activities.

Dreams With Wings Inc. does not discriminate on the basis of disability in its provision of transportation services and complies with all regulations promulgated by the U.S. DOT under Title I of the ADA.

Dreams With Wings Inc. will make all reasonable modifications to policies and programs to ensure that people with disabilities have an equal opportunity to enjoy all of its programs, services, and activities. The ADA does not require Dreams With Wings Inc. to take any action that would fundamentally alter the nature of its programs or services, or impose an undue financial or administrative burden.

Complaints that a program, service, or activity of Dreams With Wings Inc. is not accessible to persons with disabilities should be directed to:

**HR Director  
Dreams With Wings  
1579 Bardstown Rd  
Louisville, KY 40205**

*If you wish, you may also contact:  
US Department of Justice  
Civil Rights Division, Disability Rights Section  
950 Pennsylvania Avenue, NW  
Washington, D.C. 20530*



**DREAMS WITH WINGS**

## **Americans with Disabilities Act Complaint Form and Instructions**

This Complaint Procedure is established to meet the requirements of the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA). It may be used by anyone who wishes to file a complaint alleging discrimination on the basis of disability in the provision of services, activities, programs, or benefits.

The complaint should be in writing by filling out the Complaint Form below. Alternative means of filing complaints, such as personal interviews or a tape recording of the complaint, will be made available for persons with disabilities upon request.

The complaint should be submitted to the address on the Complaint Form as soon as possible but no later than 60 calendar days after the alleged discrimination.

Within 15 calendar days after receipt of the complaint, a representative will meet with the complainant to discuss the complaint and the possible resolutions. Within 15 calendar days of the meeting, the representative will respond in writing, and where appropriate, in a format accessible to the complainant, such as large print, Braille, or audio tape. The response will offer options for substantive resolution of the complaint.

If the response by the representative does not satisfactorily resolve the issue, the complainant and/or his/her designee may appeal the decision within 15 calendar days after receipt of the response to:

Russ Greenleaf  
Grants Department  
Transit Authority of River City (TARC)  
1000 W. Broadway  
Louisville, KY 40203

Within 15 calendar days after receipt of the appeal, the Transit Authority of River City (TARC) will meet with the complainant to discuss the complaint and possible resolutions. Within 15 calendar days after the meeting, the Transit Authority of River City (TARC) will respond in writing, and, where appropriate, in a format accessible to the complainant, with a final resolution of the complaint.

All written complaints received and responses from these two offices will be retained by the offices for at least three years.

**Americans with Disabilities Act Discrimination Complaint Form**

Please fill out this form completely. Mail or bring it to the address at the bottom.

Person making the Complaint: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

City, State and Zip Code: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

*Person Discriminated Against (if other than the person making the complaint):*

\_\_\_\_\_

*Address:* \_\_\_\_\_

*City, State, and Zip Code:* \_\_\_\_\_

*Telephone:* \_\_\_\_\_

Where and when did the discrimination occur? Date: \_\_\_\_\_

Place: \_\_\_\_\_

Describe the act of discrimination:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Signature: \_\_\_\_\_ Date signed: \_\_\_\_\_

**Mail or bring this completed form to:**

**Dreams With Wings – HR Director  
1579 Bardstown Road  
Louisville, KY 40205**

*If you wish, you may also mail this form to:  
US Department of Justice  
Civil Rights Division, Disability Rights Section  
950 Pennsylvania Avenue, NW  
Washington, D.C. 20530*





## DREAMS WITH WINGS

### Notificación al público de los derechos en virtud del Título VI

**Dreams With Wings** opera sus programas y servicios sin distinción de raza, color u origen nacional, de acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

Si cree que ha sido discriminado por motivos de raza, color u origen nacional por parte de **Dreams With Wings**, puede presentar una queja conforme al Título VI completando, firmando y enviando el Formulario de queja conforme al Título VI de la agencia.

#### Cómo presentar una queja del Título VI con Dreams With Wings:

1. Se puede obtener un formulario de quejas en el sitio web de **Dreams With Wings: [www.dreamswithwings.org](http://www.dreamswithwings.org)**, o en persona en la oficina de **Dreams With Wings** en:  
**1579 Bardstown Rd**  
**Louisville, KY 40205**

Además del proceso de quejas en **Dreams With Wings**, las quejas pueden presentarse directamente a:

Federal Transit Administration, Office of Civil Rights  
Attention: Complaint Team, East Building, 5th Floor – TCR  
1200 New Jersey Avenue, SE  
Washington, DC 20590  
Phone: 888-446-4511

2. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días siguientes a la fecha del presunto hecho discriminatorio y deben contener la mayor cantidad de información detallada posible sobre la supuesta discriminación.
3. El formulario debe estar firmado y fechado, e incluir su información de contacto. Si necesita información en otro idioma, comuníquese con **502-459-4647**.



## DREAMS WITH WINGS

### Formulario de queja e instrucciones del Título VI

Estos procedimientos de queja se aplican a los beneficiarios de los programas, actividades y servicios de Dreams With Wings

#### DERECHO A PRESENTAR UNA QUEJA:

Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por motivos de raza, color u origen nacional por parte de Dreams With Wings puede presentar una queja del Título VI completando el Formulario de queja del Título VI a continuación.

Las quejas del Título VI deben recibirse por escrito dentro de los 180 días de la supuesta queja discriminatoria.

#### CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA:

Llene el formulario de queja del Título VI a continuación.

Puede presentar una queja firmada y fechada no más de 180 días después de la fecha del presunto incidente. La denuncia debe incluir:

- Su nombre, dirección y número de teléfono.
- Información específica y detallada (cómo, por qué y cuándo) sobre el presunto acto de discriminación.
- Cualquier otra información relevante, incluidos los nombres de cualquier persona, si se conoce, la agencia debe comunicarse para aclarar las acusaciones.

Envíe su formulario de queja al Investigador del Título VI a:

Title VI Investigator  
Dreams With Wings  
1579 Bardstown Rd  
Louisville, KY 40205

Una persona también puede presentar una queja directamente a:

Federal Transit Administration, Office of Civil Rights  
1200 New Jersey Avenue SE  
Washington, DC 20590.

Si necesita información en otro idioma, comuníquese con Dreams With Wings a 502-459-4647 o a:

Dreams With Wings  
1579 Bardstown Rd  
Louisville, KY 40205

#### ACEPTACIÓN DE QUEJAS:

Dreams With Wings procesará las quejas que estén completas.

Una vez que se reciba un formulario de queja del Título VI completo, Dreams With Wings lo revisará para determinar si Dreams With Wings tiene jurisdicción. El denunciante recibirá una carta de acuse de recibo informándoles si la queja será investigada o no por Dreams With Wings

#### INVESTIGACIONES:

Dreams With Wings generalmente completará una investigación dentro de los 90 días a partir de la recepción de un formulario de queja completo. Si se necesita más información para resolver el caso, Dreams With Wings puede comunicarse con el denunciante. A menos que Dreams With Wings especifique un período más largo, el denunciante tendrá diez (10) días a partir de la fecha de la carta para enviar la información solicitada al investigador de Dreams With Wings asignado al caso. Si la información solicitada no se recibe dentro de ese plazo, el caso puede ser cerrado administrativamente. Además, un caso puede cerrarse administrativamente si el denunciante ya no desea continuar con el caso, mediante notificación por escrito, y si el Director Ejecutivo de Dreams With Wings lo aprueba.

**CARTAS DE CIERRE O HALLAZGO:** Después de que el investigador del Título VI revise la queja, el investigador del Título VI emitirá una de dos cartas al denunciante: una carta de cierre o carta de hallazgo (LOF).

- Una carta de cierre resume las alegaciones y establece que no hubo una violación del Título VI y que el caso se cerrará.
- Una carta de conclusión (LOF) resume las alegaciones y brinda una explicación de la acción correctiva tomada.

Si el denunciante no está de acuerdo con la determinación de Dreams With Wings, el denunciante puede solicitar una reconsideración presentando la solicitud por escrito al investigador del Título VI y una copia al Director Ejecutivo de TARC, 1000 W Broadway, Louisville, KY 40203, dentro de siete ( 7) días después de la fecha de la carta de cierre o carta de hallazgo, expresando con precisión el fundamento de la reconsideración. Dreams With Wings notificará al denunciante la decisión de aceptar o rechazar la solicitud de reconsideración dentro de los diez (10) días. En los casos en que se conceda la reconsideración, Dreams With Wings emitirá una carta de determinación al denunciante una vez completada la revisión de reconsideración.

## TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJAS

“Ninguna persona en los Estados Unidos, por motivos de raza, color u origen nacional, será excluida de la participación, se le negarán los beneficios o será objeto de discriminación en ningún programa o actividad que reciba asistencia financiera federal”.

Si cree que ha sido discriminado en la prestación de servicios de transporte, proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario o necesita información en formatos alternativos, háganoslo saber.

Envíe por correo o devuelva este formulario a:

Title VI Investigator  
 Dreams With Wings  
 1579 Bardstown Rd  
 Louisville, KY 40205

POR FAVOR IMPRIMIR

1. Nombre del denunciante:		
a. Habla a:		
b. Ciudad (*):	Estado (*):	Código postal:
c. Teléfono (incluir código de área):		
(    ) -	Celular: (    )	-
d. Dirección de correo electrónico:		
¿Prefiere ser contactado por esta dirección de correo electrónico? (    ) SÍ (    ) NO		
2. Se necesita un formato de formulario accesible? (    ) SI especificar: _____ (    ) NO		
3. ¿Está presentando esta queja en su propio nombre?		
(    ) SÍ En caso afirmativo, pase a la pregunta 7.		
(    ) NO If no, please go to question 4		
4. Si respondió NO a la pregunta 3 anterior, proporcione su nombre y dirección.		
a. Nombre de la persona que presenta la queja:		
b. Habla a:		
c. Ciudad:	Estado:	Código Postal:
d. Teléfono (incluir código de área):		
(    ) -	Celular: (    )	-
e. Dirección de correo electrónico:		
Do you prefer to be contacted by this Email address? (    ) YES (    ) NO		
5. ¿Cuál es su relación con la persona a favor de la cual presenta la denuncia?		
6. Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero. (    ) SÍ, tengo permiso. (    ) NO, no tengo permiso.		
7. Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):		
(    ) Raza (    ) Color (    ) Origen Nacional (clases protegidas por el Título VI)		
(    ) Otros (especificar)		

(Continuado)

TÍTULO VI FORMULARIO DE QUEJA – PÁGINA 2

8. Fecha de la supuesta discriminación (mes, día, año):		
9. ¿Dónde tuvo lugar la supuesta discriminación?		
10. Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminaron (si se conoce). Use el reverso de este formulario o páginas separadas si necesita espacio adicional.		
11. Enumere todos los nombres y números de teléfono/información de contacto de los testigos. Use el reverso de este formulario o páginas separadas si necesita espacio adicional.		
12. Explique qué remedio o acción está buscando por la supuesta discriminación.		
13. ¿Ha presentado una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? ( ) Sí En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda. ( ) NO A. ( ) Agencia Federal (Indique el nombre de la agencia) B. ( ) Tribunal Federal (Favor de indicar la ubicación) C. ( ) Tribunal Estatal D. ( ) Agencia Estatal (Especifique la Agencia) E. ( ) Tribunal del condado (Especifique el tribunal y el condado) F. ( ) Agencia Local (Especifique la Agencia)		
14. Si respondió Sí a la pregunta 14 anterior, proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.		
Nombre:	Título:	
Agencia:	Teléfono: (      )      -	
Habla a:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Se requiere firma y fecha:

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha de firma



DREAMS WITH WINGS

### **Notificación al público de los derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)**

De acuerdo con los requisitos del Título I de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA), **Dreams With Wings** no discriminará a las personas calificadas con discapacidades por motivos de discapacidad en sus servicios, programas o actividades. .

**Dreams With Wings** no discrimina por motivos de discapacidad en la prestación de servicios de transporte y cumple con todas las reglamentaciones promulgadas por la DOT de EE. UU. bajo el Título I de la ADA.

**Dreams With Wings** realizará todas las modificaciones razonables a las políticas y programas para asegurar que las personas con discapacidades tengan igualdad de oportunidades para disfrutar de todos sus programas, servicios y actividades. La ADA no requiere que **Dreams With Wings** tome ninguna medida que altere fundamentalmente la naturaleza de sus programas o servicios, o imponga una carga financiera o administrativa indebida.

Las quejas de que un programa, servicio o actividad de **Dreams With Wings** no es accesible para personas con discapacidades deben dirigirse a:

**HR Director**  
**Dreams With Wings**  
**1579 Bardstown Rd**  
**Louisville, KY 40205**

Si lo desea, también puede ponerse en contacto con:  
*US Department of Justice*  
*Civil Rights Division, Disability Rights Section*  
*950 Pennsylvania Avenue, NW*  
*Washington, D.C. 20530*



## **Acta de Americanos con Discapacidades Formulario de Queja e Instrucciones**

Este Procedimiento de Quejas se estableció para cumplir con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA). Puede ser utilizado por cualquier persona que desee presentar una denuncia alegando discriminación por motivos de discapacidad en la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios.

La queja debe ser por escrito completando el formulario de queja a continuación. Los medios alternativos para presentar quejas, como entrevistas personales o una grabación de la queja, estarán disponibles para las personas con discapacidades que lo soliciten.

La denuncia debe enviarse a la dirección que figura en el Formulario de denuncia lo antes posible, pero a más tardar 60 días calendario después de la supuesta discriminación.

Dentro de los 15 días naturales siguientes a la recepción de la denuncia, un representante se reunirá con el denunciante para discutir la denuncia y las posibles resoluciones. Dentro de los 15 días naturales siguientes a la reunión, el representante responderá por escrito y, en su caso, en un formato accesible al denunciante, como letra grande, Braille o cinta de audio. La respuesta ofrecerá opciones para la resolución sustantiva de la queja.

Si la respuesta del representante no resuelve satisfactoriamente el problema, el denunciante y/o su designado pueden apelar la decisión dentro de los 15 días calendario posteriores a la recepción de la respuesta a:

Russ Greenleaf  
Grants Department  
Transit Authority of River City (TARC)  
1000 W. Broadway  
Louisville, KY 40203

Dentro de los 15 días calendario posteriores a la recepción de la apelación, la Autoridad de Tránsito de River City (TARC) se reunirá con el denunciante para analizar la denuncia y las posibles resoluciones. Dentro de los 15 días naturales siguientes a la reunión, la Autoridad de Tránsito de River City (TARC) responderá por escrito y, en su caso, en un formato accesible al denunciante, con una resolución final de la denuncia.

Todas las quejas por escrito recibidas y las respuestas de estas dos oficinas serán retenidas por las oficinas durante al menos tres años.

**Formulario de Queja por Discriminación de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades**

Por favor, rellene este formulario en su totalidad. Envíelo por correo o llévelo a la dirección que figura en la parte inferior.

Persona que presenta la denuncia: \_\_\_\_\_

Habla a: \_\_\_\_\_

Ciudad, Estado y Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

*Persona discriminada (si no es la persona que presenta la denuncia):*

\_\_\_\_\_

*Habla a:* \_\_\_\_\_

*Ciudad, Estado y Código Postal:* \_\_\_\_\_

*Teléfono:* \_\_\_\_\_

¿Dónde y cuándo ocurrió la discriminación? Fecha: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Describe el acto de discriminación:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha de firma: \_\_\_\_\_

**Envíe por correo o lleve este formulario completo a:**

**Dreams With Wings – HR Director  
1579 Bardstown Rd  
Louisville, KY 40205**

*Si lo desea, también puede enviar este formulario por correo a:  
US Department of Justice  
Civil Rights Division, Disability Rights Section  
950 Pennsylvania Avenue, NW  
Washington, D.C. 20530*