



Gobierno de Puerto Rico  
Municipio Autónomo de Toa Baja  
Departamento de Planificación y Desarrollo Económico  
División de Movilidad Urbana



TOA BAJA ADA COMPLAINT FORM  
FORMULARIO PARA QUERRELLA POR DISCRIMINACION BAJO ADA

Section I: Sección I:			
Name: Nombre:			
Address: Dirección			
Telephone (Home): teléfono (hogar):	Telephone (Work): teléfono (trabajo):		
Electronic Mail Address: Correo electrónico:			
Accessible Format Requirement? Requiere formato Accesible:	Large Print Letras grandes		Audio Tape Audio grabación
	TDD Asistencia telefónica		Other Otro
Section II sección II			
Are you Filing this Complaint on your own behalf? Somete esta querrella por derecho propio	Yes* Si*	No No	
*If You answered "yes" to this question, go to section III. *Si usted contestó "si" valla a la sección III.			
If not, place supply the name and relationship of the person for whom you are complaining. Si usted contesto " no" indique su relación con el querellante			
Please explain why you have filed for third party: Por Favor indique la razón para someter esta querrella por un tercero:			
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party. Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.	Yes Si	No No	