



**Disability Discrimination or Modification Grievance Form**  
***Discrimination por Discapacidad ó Modification Formulario de Agravio***

The City of Doral is committed to complying the Americans With Disabilities Act (“ADA”). The purpose of this form is for you to let the City know if you believe that you were excluded from participation in or denied the benefits of a City service, program or activity because of your disability, that you were denied a reasonable modification, or that you were otherwise discriminated against on the basis of disability.

*La Ciudad de Doral esta comprometida a cumplir con el Acto de Americanos con Discapacidades (“ADA”). El propósito de este formulario es para que usted informe a la Ciudad si usted cree que fue excluido de la participación en, ó fue negado beneficios de un servicio o actividad de la ciudad debido a su discapacidad, que le negaron modificación razonable, ó que usted fue de alguna otra manera discriminado(a) por su discapacidad.*

If you need assistance in completing this form, need the form in an alternative format (such as a larger font), or need to submit the grievance in an alternative format (such as a personal interview or by audio recording), please contact the City’s ADA Coordinator. The ADA Coordinator’s contact information is located at the end of this form and on the City’s website.

*Si usted necesita asistencia en completar este formulario, necesita este formulario en un formato alternativo (como letras mas grandes), ó necesita someter su queja en alguna forma alterna (como entrevista personal ó grabación auditiva), favor de llamar a la oficina del Coordinador de ADA de la Ciudad. La información de contacto del Coordinador de ADA se encuentra al final de este formulario y en la red de web de la Ciudad.*

**PLEASE FILL OUT COMPLETELY/FAVOR DE LLENAR POR COMPLETO.**

<b>Section I/Sección I:</b>		
Name/Nombre:		
Address/Dirección:		
Telephone/Teléfono (Home/Casa):	(Work/Trabajo):	(Cell/Celular):
Email address/Correo Elétronico:		
<b>Section II/Sección II:</b>		
Are you filing this grievance on your own behalf?/¿Está usted presentando este agravio en su nombre?		
[ ] Yes/Si    [ ] No/No		
If you answered “Yes” to this question, go to Section III.		
*Si contestó “Si” a esta pregunta, vaya a la Sección III.		

If you answered “No” to this question, please provide the name, contact information and the nature of your relationship with the person for whom you are submitting this grievance: \_\_\_\_\_  
*Si contestó “No” a esta pregunta, por favor proveer el nombre, información de contacto, y tipo de relación de la persona de la cual se está sometiendo este agravio: \_\_\_\_\_*

**Section III/Sección III:**

Do you believe that you were excluded from participation in or denied the benefits of a City service, program or activity due to your disability?/¿Usted cree que fue excluido de participar ó fue negado los beneficios de algun servicio de la Ciudad, programa ó actividad debido a su discapacidad?

[ ] Yes/Si [ ] No/No (If you answered “No”, go to Section IV/Si contesto “No”, vaya a la Sección IV.)

Name of service, program or activity/Nombre del servicio, programa ó actividad: \_\_\_\_\_

Date(s) (month, day, year) of service, program or activity/Fecha(s) (mes, día, año) del servicio, programa ó actividad: \_\_\_\_\_

Identify your disability/Identifique su-discapacidad: \_\_\_\_\_

Name of person(s) who denied you admission or participation/Nombre de la persona(s) que le negaron su admission ó participación: \_\_\_\_\_

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

Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were denied admission or participation in a service, program or activity due to your disability. Provide the names for all persons who were involved. Include the name and contact information of any witnesses. (If more space is needed, please use the back of this form or attach additional sheet(s)). *Explique lo mas claro possible lo que sucedió y porqué usted cree que fue negado admission ó participación en el servicio, programa ó actividad por razón de su discapacidad. Provea los nombres de todas las personas que estuvieron envueltas. Incluya el nombre y la información de contacto de cualquier testigo. (Si necesita espacio adicional, por favor use la parte de atrás de este formulario ó le puede añadir hojas adicionales).*

---

---

---

---

---

---

---

---

**Section IV/Sección IV:**

Do you believe that you were denied a reasonable modification to a City policy, practice or procedure that you requested for a service, program or activity?

Yes/Si  No/No (If you answered "No", go to Section V./Si contest "No", vaya a la Sección V.)

Name of service, program or activity/*Nombre del servicio, programa ó actividad:* \_\_\_\_\_

Date(s) (month, day, year) of service, program or activity/*Fecha(s) (mes, día, año) del servicio, programa ó actividad:* \_\_\_\_\_

Identify your disability/*Identifique su discapacidad:* \_\_\_\_\_

Describe your requested modification/*Describa la modificación pedida:* \_\_\_\_\_

The modification request was made/*La petición de modificación fue hecha de forma:*

Verbal/*Verbal*  In writing/*Por escrito* (If in writing, please attach a copy to this form/*Si fué por escrito, favor adjuntar una copy a este formulario*)

Date(s) (month, day, year) of your modification request/*Fecha(s) (mes, día, año) de su petición de modificación:* \_\_\_\_\_

Name of person(s) who denied your modification request/*Nombre de la persona(s) que le negaron su petición de modificación:* \_\_\_\_\_

---

Estimated cost of the modification/*Costo estimado de la modificación*: \_\_\_\_\_

Why did you need this modification to attend or participate in the service, program or activity?  
*¿Por qué necesitaba usted que se hiciera una modificación para atender ó participar del servicio, programa ó actividad?*

If another modification could have provided you with access to the program, service or activity, please describe that alternative modification/*Si alguna otra modificación le hubiera proveído a usted con el acceso al programa, servicio ó actividad, favor de describir la modificación alterna:*\_\_\_\_\_

Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were denied your requested modification. Provide the names for all persons who were involved. Include the name and contact information of any witnesses. (If more space is needed, please use the back of this form or attach additional sheet(s))/*Explique lo mas claramente posible lo que sucedió y porqué usted cree que le negaron su petición para modificación. Provea los nombres de todas las personas envueltas. Incluya el nombre y la informacion de contact de cualquier testigo. (Si necesita mas espacio, por favor utilice la parte de atrás de este formulario ó adjente alguna página(s) adicional(es).*

**Section V/Sección V:**

Do you believe that you were discriminated against based on your disability?  
*¿Usted piensa que fue discriminado(a) basado en su discapacidad?*

Yes/Si     No/No (If you answered “No”, go to Section VI/Si contest “No”, vaya a la Sección VI.)

Date(s) (month, day, year) of incident(s)/*Fecha(s) (mes, día, año) del incidente:* \_\_\_\_\_

Identify your disability/*Idenfique su discapacidad:* \_\_\_\_\_

Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against on the basis of disability. Provide the names for all persons who were involved. Include the name and contact information of any witnesses. (If more space is needed, please use the back of this form or attach additional sheet(s)) *Explique lo mas claro posible lo que sucedió y porqué usted cree que fue discriminado basado en su discapacidad. Provea los nombres de todas*

*las personas que estuvieron envueltas. Incluya el nombre y la información de contacto de cualquier testigo. (Si necesita espacio adicional, por favor use la parte de atrás de este formulario ó le puede añadir hojas adicionales)..*

---



---



---



---



---



---

**Section VI/Sección VI:**

<p>Have you previously filed a disability-related grievance with the City of Doral ?/¿Ha radicado usted anteriormente algun agravio relacionado a discapacidad con la Ciudad de Doral? If yes, please state the date of the grievance: _____</p>	<p>Yes/Si</p>	<p>No/No</p>
<p>Have you previously filed a disability-related complaint about the City of Doral with a court or any other government agency? If yes, please identify the court or agency, and state the date of the complaint/¿Ha radicado usted anteriormente alguna querella relacionada a discapacidad acerca de la Ciudad de Doral en la corte ó alguna otra agencia gubernamental?:: _____</p>	<p>Yes/Si</p>	<p>No/No</p>

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your grievance/*Usted puede adjuntar cualquier material escrito ó alguna otra información que usted considere relevante a su agravio.*

I certify that the statements provided in this form, and any attachments, are true and correct/*Yo certifico que lo declarado en este formulario, y cualquier adjunto, son verdad y correcto.*

\_\_\_\_\_  
Signature/Firma

\_\_\_\_\_  
Date/Fecha

Please submit this form to the City’s ADA Coordinator/*Favor de someter este formulario en persona a la dirección que aparece abajo, ó enviar por correo a:*

Jane Decker, AIA, NCARB, MSRED, CFM, CBO  
8401 NW 53rd Terrace  
Doral, FL 33166  
E-mail: [Jane.Decker@cityofdoral.com](mailto:Jane.Decker@cityofdoral.com)  
Telephone (voice): 305-593-6700

If information is needed in another language, please contact the ADA Coordinator/*Si la información es requerida en otro lenguaje, favor de contactar al Coordinador de ADA.*