



Su información:

Nombre:		Fecha de nacimiento:	
DOC o número de identificación del paciente (si corresponde):			
Dirección postal o nombre de la instalación:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono (si corresponde):		Correo electrónico:	
Discapacidad(es):			
Género:		Etnia:	
Pronombres:		¿Está registrado para votar?	

Información sobre quejas: *Por favor, introduzca la siguiente información sobre la persona o agencia con la que está haciendo esta queja.*

Nombre:		Agencia:	
Dirección de la calle:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono:			
Fecha de incidente que da lugar a su queja:			

Si tiene presentó una queja con respecto a este problema, por favor proporcione una descripción detallada del procedimiento de queja que seguido en una página separada. Si aún no lo ha hecho, consulte la información adjunta sobre los procedimientos de quejas.

Información del abogado: *Si usted está representado por un abogado en este asunto, por favor proporcione la información del abogado a continuación.*

Nombre:		Bufete de Abogados:	
Dirección de la calle:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Número de teléfono:			

Por favor, proporcione una descripción completa de su queja. Por favor describa detalladamente los eventos que le conducen a presentar esta queja. Si tiene documentos adicionales para respaldar su queja, por favor, enumere. Por favor, no nos envíe los documentos.

Descripción de la queja (use una página separada, si es necesario):

|

Por favor, indique claramente lo que le gustaría que Disability Law Colorado haga por usted:

|

Por favor, marque esta casilla para indicar que la información proporcionada verdadera y correcta; que usted entiende que al aceptar esta queja, Ley de Discapacidad Colorado no está llevando a cabo la representación legal de usted, y Ley de Discapacidad Colorado no es responsable de garantizar que cualquier requisito de prescripción o cualquier otro requisito o plazo se cumpla en su caso.