

# City of Jefferson – Formulario de Complementos/Quejas

Queremos sus comentarios. Si desea enviar una queja o comentario, complete este formulario y envíelo por correo electrónico a Sarah Copsey [sarah@jeffersonwis.com](mailto:sarah@jeffersonwis.com) o en persona a la dirección que aparece a continuación.

**City of Jefferson**  
317 S. Main Street  
Jefferson, WI 53549

También, puede nos llamar a 920-674-7700. Por favor, provea su información de contacto para recibir una respuesta.

## Sección A: Requisitos de formato accesible

Por favor, verifique el formato preferido para este documento.

<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> TDD o Relé	<input type="checkbox"/> Grabación de audio	<input type="checkbox"/> Otra (si está seleccionado, indique qué tipo de formato necesita en el cuadro debajo)
Haga clic o toque aquí para introducir el texto			

## Sección B: Información de contacto

Nombre <input type="text"/>	Número de teléfono (incluyendo el Código de área) <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>
Estado <input type="text"/>	Código postal <input type="text"/>
Correo electrónico <input type="text"/>	

¿Está presentado esta queja en su propio nombre?

Sí

No

Si no, por favor provea el nombre y la relación de la persona por la que se queja y por qué está completando el formulario en su nombre en el cuadro a continuación.

Por favor, confirme que ha obtenido el permiso del partido agraviado si está completando por un tercer partido.

Sí

No

## Sección C: Tipo de comentario

¿Qué tipo de comentario estás proveyendo? Por favor, marque qué categoría se aplica mejor.

<input type="checkbox"/> Queja	<input type="checkbox"/> Sugerencia	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> Otra
¿Cuál de los siguiente describe la natura del comentario? Por favor, marque uno o más de las casillas de verificación.			
<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Religión
<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Servicio	<input type="checkbox"/> Estado de Ingresos
<input type="checkbox"/> Competente limitado del inglés (C.L.I)		<input type="checkbox"/> Ley de estadounidenses con discapacidad (L.E.D.)	

## Sección D: Detalles de comento

Por favor, responda a las preguntas debajo sobre su comentario.

¿Ocurrió el incidente en el siguiente tipo de servicio? Por favor marque cualquier casilla que pueda aplicar.	<input type="checkbox"/> Paratransit	<input type="checkbox"/> Taxi compartido	<input type="checkbox"/> Autobús
¿Cuál fue la fecha del suceso?	Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año		
¿Cuál fue la hora del suceso?	Haga clic para agregar su hora preferido		
¿Qué es el nombre o la identificación del empleado o empleados involucrados?	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		
¿Qué es el nombre o la identificación del otros involucrados, si procede?	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		
¿Qué es el numero o el nombre de la ruta en la que estaba, si procede?	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		
¿Qué era la dirección o el destino al que se dirigía ocurrió el suceso, si procede?	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		
¿Donde estaba la ubicación del suceso?	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		
¿El uso de una ayuda de movilidad estuvo involucrado en el suceso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Por favor, añada detallas descriptivas sobre el suceso.	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		

En la casilla de baja, por favor explique tan claramente como sea posible lo que ocurrió y por qué cree que fue discriminado.

Haga clic o toque aquí para introducir el texto

## Sección E: El seguimiento

¿Podemos contactarlo si necesitamos más detalles o información?

Sí

No

**En caso afirmativo, ¿cómo le gustaría ser contactado? Por favor, seleccione su forma de contacto preferida en una casilla de baja.**

Teléfono

Correo electrónico

Correo

**Si prefiere que lo contactemos por teléfono, indique el mejor día y hora para comunicarse con usted.**

Haga clic para agregar su hora preferido

Haga clic para agregar su día preferido

¿Ha presentado una queja ante otras agencias federales, estatales o locales?

Sí

No

**En caso afirmativo, indique las agencias y la información de contacto (nombre de la agencia, dirección, correo electrónico, teléfono)**

Haga clic o toque aquí para introducir el texto

## Sección F: Resultado deseado

**Por favor, haga una lista de baja los pasos le gustaría tomar para que tratar con el conflicto o el problema.**

Haga clic o toque aquí para introducir el texto

## Sección G: Firma

**Por favor, adjunte algunos documentas que tenga que apoya la denuncia. Luego, feche y firme este formulario y envíelo a La City of Jefferson.**

Nombre Haga clic o toque aquí para introducir el texto

Fecha: Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año

Firma Haga clic o toque aquí para introducir el texto