FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ADA	
Sección 1:	**Información de Contacto**
Nombre:	
Dirección:	
Ciudad, Estado, Código postal:	
Número de Teléfono:	
Dirección de correo electrónico:	
Requisitos de formato accesible: circule cada uno que corresponda	
☐**Letra grande** ☐ **TDD / Relé** ☐ **Grabación de audio** ☐**Otro:**	
Sección 2:	
Fecha de Ocurrencia:	**Hora de Ocurrencia:**
Nombre del Empleado u de Otras Personas Involucradas:	
Lugar de la Queja del Incidente:	
Por favor describa su queja:	
¿Podemos contactarlo para más información?	☐**Si** ☐**No**

Si desea apelar la decisión o resolución, debe hacerlo dentro de los 30 días a partir de la fecha de la decisión o rechazo por escrito. Todas las apelaciones deben enviarse a: S, Directora Ejecutiva Adjunto, PO Box 909, Dunlap, TN 37327 o envíele un correo electrónico a customerservice@sethra.us . Todas las quejas se mantienen en archivo durante 5 años.