



City of Lodi
Formulario de queja / queja de la ADA

Reclamante: _____
Persona que prepara la queja (si es diferente del Reclamante): _____
Relación con el Reclamante (si es diferente del Reclamante): _____
Dirección y Apt. No .: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Teléfono: (_____) _____ Correo electrónico: _____

Proporcione una descripción completa de la queja o queja específica:

Especifique cualquier ubicación relacionada con la queja o queja (si corresponde):

Súplica Diga lo que cree que debe hacerse para resolver la queja o queja:

Adjunte páginas adicionales según sea necesario.

Por favor no me contacte personalmente.

Firma: _____ Fecha: _____

Regreso a:

Jennifer Rhyne
City of Lodi ADA / Coordinador de la Sección 504
PO Box 3006
221 W. Pine Street
Lodi, CA 95240

A solicitud, se proporcionará un alojamiento razonable al completar este formulario, o copias del formulario se proporcionará en formatos alternativos. Comuníquese con el Coordinador de ADA / Sección 504 a la dirección indicada anteriormente, por teléfono (209) 333-6711 o por el Servicio de retransmisión de telecomunicaciones (TRS) marcando 7-1-1, o por correo electrónico a jrhyne@lodi.gov.