

CITY OF CORONA  
TITLE II OF THE AMERICANS WITH DISABILITIES ACT  
GRIEVANCE FORM

Instructions: Please fill out this form completely in black ink or type. Sign and return the completed form to Savat Khamphou - ADA Coordinator, 400 South Vicentia Avenue, Corona CA 92882-2187. This form is optional and provided for your convenience.

Today's Date: \_\_\_\_\_  
Grievant's Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Email Address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

If a legally authorized representative is filing the grievance on your behalf, his/her name, address and telephone number must also be included:

Name: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_  
Email Address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_ Work: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Date of Incident: \_\_\_\_\_ Time of Incident: \_\_\_\_\_

Location or address of incident: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Describe your grievance: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If the incident(s) involved a City of Corona employee(s), his/her name(s): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

The name(s) and contact information of witnesses: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

If your grievance is being filed on behalf of another person or a group of people, all of the grievant(s) should be described or identified by name, if possible.

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

State your requested remedy to your grievance: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Grievant: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Legally Authorized Representative: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

CIUDAD DE CORONA  
TÍTULO II DE LA LEY DE LOS AMERICANOS CON DISCAPACIDADES  
FORMULARIO DE QUEJA

Instrucciones: Complete este formulario completamente con tinta negra o escriba a máquina. Firme y devuelva el formulario completo a Savat Khamphou - Coordinador de ADA, 400 South Vicentia Avenue, Corona CA 92882-2187. Este formulario es opcional y se proporciona para su conveniencia.

La fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre del agraviado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Si un representante legalmente autorizado presenta la queja en su nombre, también debe incluir su nombre, dirección y número de teléfono:

Nombre de representante: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Trabajo: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_ Hora del incidente: \_\_\_\_\_

Lugar o dirección del incidente: \_\_\_\_\_

Describa su queja: \_\_\_\_\_

Si el (los) incidente (s) involucraron a un empleado (s) de la Ciudad de Corona, su (s) nombre (s): \_\_\_\_\_

El nombre (s) y la información de contacto de los testigos: \_\_\_\_\_

Si su reclamo se presenta en nombre de otra persona o un grupo de personas, todos los reclamantes deben describirse o identificarse por su nombre, si es posible. \_\_\_\_\_

Indique el remedio solicitado a su queja: \_\_\_\_\_

Nombre del agraviado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Representante legalmente autorizado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_