



Formulario de quejas ADA

En cumplimiento con el Departamento de Transporte de EE.UU. Americans with Disabilities Act (ADA) de 1990 (49 CFR Partes 27, 37, 38 y 39), y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según enmendada, el Distrito de Transporte de Tahoe (TTD) asegura que sus servicios, vehículos e instalaciones son accesibles y utilizables por personas con discapacidad. Cualquier persona que crea que él o ella ha sido discriminado por motivos de discapacidad puede presentar una queja ADA.

Puede presentar una queja si cree que ha sido discriminado por su discapacidad o no está satisfecho con el servicio que ha recibido relacionado con la adaptación a su discapacidad.

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a tramitar su queja. Si necesita ayuda o modificaciones razonables para cumplimentar este formulario, llame al (775) 589-5509.

Información de contacto del solicitante

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Teléfono de trabajo: _____

Persona discriminada (si es alguien distinto del de la queja)

Nombre: _____

Teléfono: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

1. Describa la presunta violación de la ADA. Proporcione detalles suficientes para que su queja quede clara (adjunte páginas adicionales si es necesario).

2. ¿En qué fecha tuvo lugar la presunta discriminación? _____

3. ¿Ha presentado esta queja ante algún otro organismo federal, estatal o local; o ante algún tribunal federal o estatal? Sí No

4. En caso afirmativo, marque todas las que procedan:

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Agencia federal | <input type="checkbox"/> | Tribunal federal | <input type="checkbox"/> |
| Agencia estatal | <input type="checkbox"/> | Tribunal estatal | <input type="checkbox"/> |
| Agencia local | <input type="checkbox"/> | | |

5. Indique los datos de contacto del organismo/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Todas las quejas deben presentarse en este formulario de quejas ADA. Puede adjuntar información adicional que pueda ser relevante para su queja. La investigación se llevará a cabo y se completará en un plazo de 60 días a partir del recibo de la queja por escrito.

Envíe su(s) queja(s) por correo, fax o correo electrónico a:

Chris Jacobs
Operations General Manager/ADA Coordinator
Tahoe Transportation District
PO Box 499
Zephyr Cove, NV 89448
cjacobs@tahoetransportation.org
Fax: 775-588-0917