

Formulario de quejas por discriminación basada en discapacidad

Si cree que lo discriminaron por su discapacidad, puede completar y enviar este formulario. Sus derechos civiles están protegidos por la Ley federal de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act). También puede llamar al Servicio de Atención al Cliente al (425) 353-RIDE (7433) (retransmisión por teletipo: marque 711) o enviar un correo electrónico a ada@commtrans.org. Las quejas deben recibirse en un plazo de 180 días después de la presunta discriminación.

Sección 1: Información de contacto

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección postal: _____

Ciudad/Estado/Código postal: _____

Correo electrónico: _____

Ayuda para la movilidad (si corresponde): _____

Requisitos de formato accesible: Ayuda lingüística Letra grande Otro

¿Presenta esta queja en su nombre? Sí No

Si la respuesta es "NO", escriba el nombre y la relación con la persona por quien presenta la queja:

Sección 2: Información sobre la presunta discriminación

Fecha y hora de la presunta discriminación: _____

Lugar de la presunta discriminación: _____

Si la presunta discriminación ocurrió en un autobús, escriba la ruta, dirección del viaje y el número del autobús (si está disponible): _____

Explique los hechos que ocurrieron y por qué cree que lo discriminaron. Incluya los nombres, puestos y descripciones de los empleados de Community Transit implicados, los testigos y su información de contacto. Si se queda sin espacio, puede adjuntar cualquier material escrito.

Sección 3: Información de la queja

¿Presentó anteriormente una queja por discapacidad ante Community Transit? Sí No

¿Presentó esta queja ante otras agencias federales, estatales o locales? Sí No

Si la respuesta es "Sí", escriba las agencias y la información de contacto abajo:

Agencia: _____ Nombre de contacto: _____

Dirección: _____ Ciudad/Estado/Código postal: _____

Número de contacto: _____

Sección 4: Firma

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información pertinente a su queja.

Firme y escriba la fecha.

Nombre	Fecha
--------	-------

**Enviar por correo a: Community Transit
2312 W Casino Road
Everett, Washington 98204
ATTN: Executive Department**

O envíelo por correo electrónico a: ada@commtrans.org