

TRINITY METRO

FORMULARIO DE RECLAMO BAJO LEY ADA

Ley de americanos con discapacidades de 1990 (ADA) dice que ningún individuo con una discapacidad puede ser excluido de participar o ser rechazado de beneficios, o ser sujeto a discriminación bajo cualquier program, servicio, o actividad de Trinity Metro simplemente por tener una discapacidad. Si tiene un reclamo bajo la ley ADA, por favor complete este formulario y envíelo a:

ATTN: ADA Compliance Officer
Trinity Metro
801 Cherry St., Suite 850
Fort Worth, TX 76102

También puede enviar el formulario completo por correo electrónico a compliance@ridetm.org.

A. INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE

NOMBRE

TELÉFONO DURANTE EL DÍA

DIRECCIÓN DE CORREO ELÉTRONICO

DIRECCIÓN POSTAL

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

REQUISITOS PARA FORMATO ACCESIBLE (SI CORRESPONDE)

LETRAS GRANDE TDD CINTA DE AUDIO OTRO: _____

B. INFORMACIÓN BÁSICA DE TERCERAS PARTES

SI USTED ESTA PRESENTANDO ESTE RECLAMO BAJO SU PROPIA CUENTA, SIGA A LA SECCIÓN C.

NOMBRE

RELACIÓN AL RECLAMANTE

POR FAVOR DE UNA EXPLICACIÓN DE SU REPRESENTACIÓN DE PARTE DEL RECLAMANTE:

HA OBTENIDO PERMISO DEL RECLAMANTE PARA PRESENTAR ESTA RECLAMO? SI NO



TRINITY METRO FORMULARIO DE RECLAMO BAJO LEY ADA

C. DATOS Y BASE DE SU RECLAMO

FECHA DE PRESUNTA DISCRIMINACIÓN (DÍA/MES/AÑO)

Explique en la manera mas clara posible que paso y porque cree que fue discriminado. Describa todas las personas que están involucradas. Incluya el nombre y información de contacto de las personas que discriminaron contra usted (si tiene esa información) y también los nombres y información de contacto de todos los testigos. Si necesita mas espacio, por favor utilice la parte atrás de este formulario o una hoja separada.

D. CONTACTOS DONDE HA PRESENTADO SU RECLAMO

ANTERIORMENTE HA PRESENTADO SU RECLAMO BAJO LA LEY ADA CON TRINITY METRO? SI NO
HA PRESENTADO ESTE RECLAMO CON OTRA AGENCIA LOCAL, ESTATAL, FEDERAL, O EN CORTE? SI NO
SI ES APLICABLE: AGENCIA LOCAL AGENCIA ESTATAL AGENCIA FEDERAL CORTE ESTATAL CORTE FEDERAL

NOMBRE DEL CONTACTO EN LA AGENCIA O CORTE	TITULO DE SU CONTACTO DE AGENCIA O CORTE		
TELÉFONO DE SU CONTACTO	NOMBRE DE LA AGENCIA O CORTE		
DIRECCIÓN (SI NO SABE, DÉJELO EN BLANCO)	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

USTED PUEDE ANEXAR CUALQUIER MATERIAL ESCRITO O OTRA INFORMACIÓN QUE PIENSE QUE SEA RELEVANTE A SU RECLAMO

FIRMA DEL RECLAMANTE	FECHA
----------------------	-------



TRINITY METRO FORMULARIO DE RECLAMO BAJO LEY ADA

POR FAVOR ENVIE EL FORMULARIO COMPLETO A:
COMPLIANCE@RIDETM.ORG

OR POR CORREO A:
**ATTN: VICE PRESIDENT/COO OF BUS AND PARATRANSIT
TRINITY METRO
801 CHERRY ST., STE 850
FORT WORTH, TX 76102**

SOLAMENTE PARA USO DE OFICINA

JURISDICTION:

ON OR BEFORE 180 DAYS POST EVENT

APPEAL:

10 DAYS POST RECEIPT DATE OF CLOSURE LETTER OR
LETTER OF FINDING

CLOSURE:

1 – CLOSURE LETTER

2 – LETTER OF FINDING

3 – ADMINISTRATIVE (FC)

4 – ADMINISTRATIVE (CW)

