

ADA 불만제기 양식

미국 장애인법 1990 (ADA) 에 의거, 장애가 있는 사람은 누구도 장애를 근거로 어떠한 Trinity Metro 프로그램, 서비스 또는 활동에서 참여에서 배제되거나, 혜택 수혜가 거부되거나, 차별의 대항이 되어서는 안 됩니다. ADA를 근거로 불만 제기를 하시려면 이 양식을 작성하여 다음으로 제출하세요:

ATTN: ADA Compliance Officer
Trinity Metro
801 Grove St.
Fort Worth, TX 76102

또한 다음 주소로 이메일 발송할 수도 있습니다: compliance@ridetm.org.

A. 불만 정보

[Blank input field for name]

이름

[Blank input field for phone number]

낮 시간 전화

[Blank input field for email address]

이메일 주소

[Blank input field for address]

우편주소

[Blank input field for city]

시티

[Blank input field for state]

주

[Blank input field for ZIP code]

ZIP 코드

접근가능 양식 필요사항 (해당할 경우)

- 큰 글씨 TDD 오디오 테이프 기타:

[Blank input field for accessibility requirements]

B. 당사자/제3자 정보

자기 번호에 의해 당신 자신이 불만을 제기한다면 섹션 C에서 계속하세요.

[Blank input field for name]

이름

[Blank input field for relationship]

불만 제기인과의 관계

불만 제기인을 대리하여 제기 내용을 간단하게 설명하시기 바랍니다:

[Multiple blank input fields for complaint description]

고통받은 당사자가 당신에게 자신을 대리하여 제소하도록 허락했습니까? 예 아니오



C. 불만 근거

진술인이 차별당한 날짜 (일/월/년)

어떤 일이 일어났으며, 당신이 왜 차별받았다고 생각하는지 최대한 분명하게 설명하시기 바랍니다. 관련된 모든 사람들을 기술하세요. 당신에게 차별한 사람(들)의 이름과 연락 정보를 (안다면) 작성하시고, 증인이 있다면 그 사람들의 이름과 연락 정보도 포함하세요. 작성할 용지가 더 필요하다면 이 양식의 뒷면을 사용하든지, 다른 종이를 사용하세요.

D. 항변인 제기 연락처

이전에 어떠한 불만이라도 TRINITY METRO에 제기한 적이 있습니까? 예 아니오

당신은 이 항변을 여하한 다른 로컬, 주, 또는 연방 기관 또는 법원에 제기한 적이 있습니까? 예 아니오

예라고 답했다면 해당되는 곳에 모두 체크하십시오: 로컬 기관 주 기관 연방 기관 주 법원 연방 법원

기관/법원 연락처 명칭

연락처 전화

우편주소 (알 수 없다면 공란으로 두세요)

기관/법원 연락처 직책/역할

기관/법원 명칭

시티

주

ZIP 코드

당신의 불만 제기와 관련된다고 생각되는 것이 있다면 서면 작성 자료 또는 이 밖의 정보를 모두 첨부하실 수 있습니다.

불만 제기인 서명

날짜



작성된 양식은 다음 주소로 이메일 발송해 주세요:

COMPLIANCE@RIDETM.ORG

또는 다음 주소로 우편 발송:

**ATTN: ADA COMPLIANCE OFFICER
TRINITY METRO
801 GROVE ST.
FORT WORTH, TX 76102**

공무에만 사용

법원 구역:

사건 발행일 또는 이후 180일 이내

종료:

1 – 종료 통지서

항변:

종료 통지서 또는 판정 통지서 수령 이후 10일 이내

2 – 판정 통지서

3 – 행정부 (FC)

4 – 행정부 (CW)

