TRINITY METRO

**FORMULARIO DE QUEJA ADA**

La Ley de Estadounidenses con discapacidades de 1990 (Americans with Disabilities Act, ADA) establece que ninguna persona con una discapacidad será excluida, por motivo de su discapacidad, de la participación ni podrá denegársele los beneficios de, o ser sujeta a discriminación en ningún programa, servicio o actividad de Trinity Metro. Si tiene una queja en virtud de la ADA, complete este formulario y envíelo a:

**ATTN: ADA Compliance Officer**

**Trinity Metro**

**801 Grove St.** También puede enviar el formulario completado por

**Fort Worth, TX 76102** correo electrónico a [**compliance@ridetm.org.**](mailto:compliance@ridetm.org)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | | | | |
| A. | **INFORMACIÓN DEL RECLAMANTE** |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  | **NOMBRE** |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  | **TELÉFONO DURANTE EL DÍA** |  | **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO** | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **DIRECCIÓN POSTAL** |  | *CIUDAD* |  | *ESTADO* |  | *CÓDIGO ZIP* |
|  |  |  |  | | | | |
|  | **REQUISITOS DE FORMATO ACCESIBLE** *(SI CORRESPONDE)* | | | | | | |
|  | ○ **LETRA GRANDE** ○ **TDD** ○ **CINTA DE AUDIO** ○ **OTRO:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
| B. | **INFORMACIÓN PRIMARIA/DE TERCEROS** | | | | | | |
|  | SI PRESENTA ESTA APELACIÓN EN SU PROPIO NOMBRE, CONTINÚE A LA SECCÓN **C**. | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  | **NOMBRE** |  | **RELACIÓN CON EL RECLAMANTE** | | | | |
|  | **PROPORCIONE UNA EXPLICACIÓN BREVE PARA PRESENTARLA EN NOMBRE DEL RECLAMANTE:** | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
|  | **¿CÓMO OBTUVO EL FORMUARLIO DE PERMISO DE LA PARTE AGRAVIADA PARA PRESENTAR LA APELACIÓN EN SU NOMBRE?** ○ **SÍ** ○ **NO** | | | | | | |
|  |  |  |  | | | | |
| 801 Grove Street | Fort Worth, Texas 76102 | 817.215.8700 | RIDE**TRINITYMETRO**.org | | | | | | | |

TRINITY METRO

**FORMULARIO DE QUEJA ADA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | |  | |  | | | | | |
| C. | **FUNDAMENTEO DE LA QUEJA** | |  | |  | | | | | |
|  |  | |  | | **FECHA DE LA SUPUESTA DISCRIMINACIÓN (DD/MM/AA)** | | | | | |
|  | Explique tan claramente como pueda lo qué ocurrió y por qué cree que fue discriminado/a. Describa a todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona(s) que lo discriminaron (si los conoce) además de los nombres e información de Contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, por favor use la parte posterior de este formulario o una hoja separada de papel. | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | |
| D. | **CONTACTOS PARA PRESENTACIÓN DE QUEJAS** | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | |
| **¿HA PRESENTADO ANTES UNA QUEJA DE ADA A TRINITY METRO?** ○ **SÍ** ○ **NO** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| **¿HA PRESENTADO ESTA QUEJA ANTE CUALQUIER OTRA AGENCIA O TRIBUNAL LOCAL, ESTATAL O FEDERAL?** ○ **SÍ** ○ **NO** | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | | |  | | | | |
| *SÍ COTESTÓ AFIRMATIVAMENTE, MARQUE TODAS LAS QUE CORRESPONDAN:* | | ○ **AGENCIA LOCAL** ○ **AGENCIA ESTATAL** ○ **AGENCIA FEDERAL** ○ **TRIBUNAL ESTATAL**  ○ **TRIBUNAL FEDERAL** | | | | | | | | |
|  | |  | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | | | | |
|  | **NOMBRE DEL CONTACTO DE LA AGENCIA/TRIBUNAL** | |  | **CARGO/FUNCIÓN DEL CONTACTO DE LA AGENCIA/TRIBUNAL** | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | | | | |
|  | **TELÉFONO DE CONTACTO** | |  | **NOMBRE DEL TRIBUNAL/AGENCIA** | | | | | | |
|  |  | |  |  | | |  |  |  |  |
|  | **DIRECCIÓN POSTAL** *(SI NO LA CONOCE, DEJAR EN BLANCO)* | |  | *CIUDAD* | | |  | *ESTADO* |  | *CÓDIGO ZIP* |
|  |  | |  |  | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | | | | |
| PUEDE ADJUNTAR MATERIALES ESCRITOS O CUALQUIER OTRA INFORMACIÓN QUE CREA PUEDE SER RELEVANTE PARA SU QUEJA | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | | | | |
|  | **FIRMA DEL RECLAMANTE** | |  | **FECHA** | | | | | | |
| 801 Grove Street | Fort Worth, Texas 76102 | 817.215.8700 | RIDE**TRINITYMETRO**.org | | | | | | | | | | |

TRINITY METRO

**FORMULARIO DE QUEJA ADA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| POR FAVOR ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETADO A:  [**COMPLIANCE@RIDETM.ORG**](mailto:COMPLIANCE@RIDETM.ORG)  O MÁNDELO POR CORREO POSTAL A:  **ATTN: ADA COMPLIANCE  OFFICER TRINITY METRO**  **801 GROVE ST.**  **FORT WORTH, TX 76102** | | | |
|  | | | |
| SOLO PARA USO DE LA OFICINA |  | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
| **JURISDICCIÓN:**  EN O ANTES DE 180 DÍAS DESPUÉS DEL EVENTO | |  | **CIERRE:** |
|  | |  | □ |
|  | |  | **1 – CARTA DE CIERRE** |
| **APELACIÓN:** | |  | □ |
| 10 DÍAS DESPUES DE LA FECHA RECIBO DE LA CARTA DE CIERRE O LA CARTA DE CONCLUSIÓN | |  | **2 – CARTA DE CONCLUSIÓN** |
|  | |  | □ |
|  | |  | **3 – ADMINISTRATIVO (FC)** |
|  | |  | □ |
|  | |  | **4 – ADMINISTRATIVO (CW)** |
|  | |  |  |
| 801 Grove Street | Fort Worth, Texas 76102 | 817.215.8700 | RIDE**TRINITYMETRO**.org  **ENERO 2023** 619-139\_E.Inf.Di\_20 | | | |