



FORMULARIO DE QUEJA ADA

Título II y III de la Ley de Americanos con Discapacidades de 1990 (ADA) estipulan que ninguna entidad discriminará a una persona con una discapacidad en relación con la provisión de servicio de transporte.

Si usted siente que ha sido discriminado en relación a un problema de tránsito de ADA, proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja y enviarla a:

ADA Coordinator
Longview Transit
908 Pacific Avenue
Longview, Texas 75602

Por favor escriba claramente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Número de Teléfono: _____ (hogar) _____ (celular) _____ (otro)

Persona discriminada si es diferente a la de arriba:

Dirección de persona discriminada si es diferente a la de arriba:

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Por favor, indique por qué cree que ocurrió la discriminación:

¿Cuál fue la fecha de la supuesta discriminación?

¿Dónde ocurrió la supuesta discriminación?

Por favor, indique las circunstancias como que lo encontró:

Por favor escriba los nombres de todas y todos los testigos y los números de teléfono:

¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría ver hecho?

Por favor adjunte cualquier documento que tenga que soporta la alegación. Entonces firma con fecha este formulario y enviarlo al Coordinador del ADA en:

ADA Coordinator
908 Pacific Avenue
Longview, Texas 75602

Su firma

Fecha

Escribe su nombre