

Valley Transit Formulario de Quejas de la ADA

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) protege a las personas con discapacidades de la discriminación en relación con cualquier servicio, programa, actividad y empleo. Si cree que ha sido objeto de discriminación en los servicios de tránsito o en el empleo según la ADA, puede presentar una queja con este formulario. Proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja y envíelo a:

Valley Transit
1401 West Rose Street
Walla Walla, WA 99362
509-525-9140
509-525-9142 (fax)

Referente (círculo un elemento): **Operaciones de Tránsitos** **Empleo**

Por favor imprime claramente:

Nombre: _____

Dirección de Casa: _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Teléfono #: _____ Teléfono Móvil#: _____

Persona discriminada (si es diferente): _____

Dirección de la persona discriminada (si es diferente): _____

Ciudad, Estado, Código postal: _____

Indique por qué cree que ocurrió la discriminación (marque con un círculo las que correspondan):

Impedimento de movilidad	Deterioro cognitivo	Discapacidad de aprendizaje
Problema de salud mental	Discapacidad visual	Discapacidad auditiva
Discapacidad del habla	Problemas médicos	Otro: _____

¿Cuál fue la fecha de la supuesta discriminación?: _____

¿Dónde tuvo lugar la supuesta discriminación?: _____

Describe las circunstancias como las viste: _____

Indique los nombres y números de teléfono de todos y cada uno de los testigos:

Nombre: _____ #: _____

Nombre: _____ #: _____

Nombre: _____ #: _____

Nombre: _____ #: _____

Nombre: _____ #: _____

¿Qué tipo de acción le gustaría que se llevara a cabo?: _____

Adjunte todos los documentos que tenga que respalden la acusación. Feche y firme este formulario y envíelo al Coordinador de ADA a la dirección que figura en la página 1 de este documento.

Tu firma

Imprime tu nombre

Fecha