

# Formulario De Quejas para la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA por sus siglas en Inglés)

<b>Sección I:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Teléfono (Casa/Celular):</b>		<b>Teléfono (Trabajo):</b>	
Correo electrónico:			
<input type="checkbox"/> Necesita un formato accesible?	Letra grande		Cinta de audio
	Teléfonos de texto y de texto (TDD)		Otro:
<b>Sección II:</b>			
<input type="checkbox"/> Está presentando esta queja en su propio nombre? *		Sí	No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.			
En caso contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona para quien está presentando la solicitud:			
<input type="checkbox"/> Has obtenido permiso de esta persona?		Sí	No
<b>Sección III:</b>			
Si cree que fue discriminado debido a una discapacidad, proporcione todos los detalles posibles sobre la presunta discriminación.			
Fecha de la presunta discriminación (mes, Día, Año): _____ Tiempo: _____			
Tránsito Línea/Ruta: _____ Identificación del vehículo o Nombre: _____			
Ubicación: _____		Nombre(s) del(los) empleado(s) involucrado(s): _____	
_____			
_____			
Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de este forma.			
_____			
_____			
_____			
_____			



<b>Sección IV</b>		
¿Ha presentado previamente una queja ADA ante esta agencia?	Sí	No
Nombre de contacto:	Número telefónico:	
<b>Sección V</b>		
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:		
<input type="checkbox"/> Federal Agencia: _____	<input type="checkbox"/> Federal Corte: _____	
<input type="checkbox"/> Estado Agencia: _____	<input type="checkbox"/> Estado Corte: _____	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Local Agencia: _____	
<input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Local Corte: _____	
Proporcione información de contacto de la persona con la que habló en la agencia mencionada anteriormente:		
<b>Nombre:</b>	<b>Título:</b>	
<b>Agencia:</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>Teléfono:</b>		

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. A continuación se requiere su firma y fecha:

\_\_\_\_\_  
Fecha de la firma

Si necesita ayuda para completar este Formulario, comuníquese con PYRAMID LAKE PAIUTE TRIBAL TRANSIT

Michele Smith, Transit Manager  
 PO Box 256, Nixon NV 89424  
 (775)574-2410, Ext. 1405  
 msmith@plpt.nsn.us

**Por favor envíe este formulario en persona a la siguiente dirección o envíelo por correo a:**

Michele Smith, Transit Manager  
 48 Hwy 447 / PO Box 256 Nixon NV 89424  
 (775)574-2410, Ext. 1405  
 msmith@plpt.nsn.us