

FORMULARIO DE QUEJA DE DERECHOS CIVILES DE ADA Y TÍTULO VI

Para alegaciones de discriminación por raza, color, origen nacional, discapacidad o requisitos de transporte de ADA

Marcus Harrison, Coordinador de ADA y Título VI
Big Bend Transit, Inc. • 2201 Eisenhower Street • Tallahassee, Florida 32302
Teléfono: 850-574-6266 • Correo electrónico: mharrison@bigbendtransit.org

Proporcione toda la información que pueda. No se requiere revelar un diagnóstico médico ni información médica innecesaria. Si necesita ayuda para completar este formulario, un formato alternativo o una adaptación relacionada con una discapacidad, comuníquese con el Coordinador indicado arriba.

1. INFORMACIÓN DE LA PERSONA QUE PRESENTA LA QUEJA

Nombre	
Dirección	
Ciudad / Estado / Código postal	
Teléfono	
Correo electrónico	

Método de contacto preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal ☐ Otro:

¿Presenta esta queja en su propio nombre? ☐ Sí ☐ No

Si no, nombre de la persona representada: _____ Relación:

2. TIPO / FUNDAMENTO DE LA QUEJA

Marque todas las opciones que correspondan:

TÍTULO VI: ☐ Raza ☐ Color ☐ Origen nacional

ADA: ☐ ADA / Discriminación por discapacidad ☐ Incumplimiento de un requisito de transporte de ADA

Asunto de ADA, si corresponde: ☐ Modificación razonable ☐ Accesibilidad de vehículo/instalación ☐ Elevador/Rampa/Sujeción

☐ Dispositivo de movilidad ☐ Animal de servicio ☐ Anuncio de parada/Identificación de ruta ☐ Paratransito complementario de ADA

☐ Otro asunto relacionado con discapacidad:

3. INFORMACIÓN DEL INCIDENTE / VIAJE

Fecha del incidente	
Hora aproximada	
Ruta / Servicio	
Número del vehículo (si se conoce)	
Lugar de recogida	
Destino	
Lugar del incidente	
Empleado / Conductor involucrado (si se conoce)	

4. DESCRIPCIÓN DE LO OCURRIDO

Describa el incidente y por qué considera que ocurrió discriminación o que no se cumplió un requisito de transporte de ADA.

Puede adjuntar páginas adicionales.

5. TESTIGOS

¿Hubo testigos? ☐ Sí ☐ No ☐ No se sabe

Nombre del testigo	
Teléfono / Correo electrónico	
Nombre del testigo	
Teléfono / Correo electrónico	

6. INFORMACIÓN DE APOYO

¿Adjunta fotografías, correspondencia, documentos, declaraciones de testigos u otro material de apoyo? ☐ Sí ☐ No

Si respondió sí, describa:

7. RESOLUCIÓN O ACCIÓN CORRECTIVA SOLICITADA

8. ACCESIBILIDAD / ASISTENCIA DE COMUNICACIÓN

¿Necesita un formato alternativo, asistencia de comunicación u otra adaptación relacionada con una discapacidad durante este proceso? ☐ No ☐ Sí

Si respondió sí, describa la asistencia solicitada:

No necesita proporcionar un diagnóstico médico.

9. QUEJA PRESENTADA ANTE OTRA AGENCIA

¿Ha presentado esta queja ante otra agencia federal, estatal o local? ☐ Sí ☐ No

Agencia: _____ Fecha de presentación:

10. CERTIFICACIÓN

Certifico que la información proporcionada en esta queja es verdadera y correcta según mi leal saber y entender.

Firma: _____ Fecha:

Nombre del representante (si corresponde):

Relación: _____ Firma: _____ Fecha:

CÓMO PRESENTAR SU QUEJA

Por lo general, las quejas deben presentarse dentro de los 180 días calendario posteriores al incidente alegado. Pueden presentarse por correo, correo electrónico, teléfono, en persona o mediante otro método accesible. Si una discapacidad le impide completar este formulario escrito, el personal de BBT proporcionará asistencia razonable y podrá documentar una queja oral por usted.

Marcus Harrison, Coordinador de ADA y Título VI
Big Bend Transit, Inc. • 2201 Eisenhower Street • Tallahassee, Florida 32302
Teléfono: 850-574-6266 • Correo electrónico: mharrison@bigbendtransit.org