ACTA DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES (ADA)
FORMULARIO DE QUEJA

Para preguntas sobre la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) proceso de queja o formulario de queja contacto Curtis Garner, Oficial de Cumplimiento Regulaciones, (970) 668-4161 o curtis.garner@summitcountyco.gov

Nombre (de la persona de la queja):		
Teléfono: ( )	Correo Electrónico:	
Dirección:		
Cuidad:	Estado:	Código postal:
Método de Contacto Preferido: ☐ Teléfono ☐ Correo Electrónico ☐ Correo de los EE.UU.		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre? ☐ Si ☐ No		
En caso negativo, proporcione el nombre y la relación con la persona a la que está presentando la queja. Nombre: Relación:		
Fecha de presunta discriminación por discapacidad:		
Hora del día:		
Nombre/Posición (Título) de la(s) persona(s) que supuestamente le ha discriminado a usted:		
Ubicación del Incidente:	Fecha:	
Explique lo más claramente posible que sucedió y por qué cree que fue discriminado: *(Adjunte una hoja aparte, si es necesario)*		

Testigo(s):

☐ Sí ☐ NO

Lista Testigo(s): *(Adjunte una hoja aparte, si es necesario)*

(1) Nombre:
Teléfono: ( )
(2) Nombre:
Teléfono: ( )
(3) Nombre:
Teléfono: ( )
(4) Nombre:
Teléfono: ( )

¿Han presentado esta queja con cualquier otra agencia federal, del estado o local; o con una corte federal o estatal?

☐ SÍ

☐ NO

En caso afirmativo, marque todos los que correspondan:

☐ Agencia Local

☐ Agencia Estatal

☐ Agencia Federal

☐ Corte Estatal

☐ Corte Federal

Información de contacto para Tribunal/Agencia de Queja presentada:

Agencia:		
Nombre de Contacto:		
Teléfono: ( )		
Dirección:		
Cuidad:	Estado:	Código postal:

AFIRMACIÓN

Al firmar a continuación, usted acepta que (1) ha leído, comprendido y acepto los términos y procedimientos para rastrear e investigar las quejas del ADA y (2) afirmar que la información anterior es fiel a lo mejor de su conocimiento.

_____
Signatura

_____
Nombre impreso

_____
Fecha

Enviar este formulario completo junto con cualquier material escrito o cualquier otra información que usted piensa que es relevante para su queja a:

ROARING FORK TRANSPORTATION AUTHORITY
Nicole Schoon, *ADA Oficial de Cumplimiento Regulaciones*
2307 Wulfsohn Road
Glenwood Springs, CO 81601
titleVI@rfta.com

SOLO PARA USO INTERNO

Para ser completado por el Oficial de Cumplimiento Regulaciones

Aceptado para investigación formal _____/_____/_____
Remitido a otro departamento en _____/_____/_____
Rechazado _____/_____/_____
Motivo del rechazo:
_____
_____

_____
Nicole Schoon, Oficial de Cumplimiento Regulaciones

_____
Fecha