FORMULARIO DE QUEJA POR DISCRIMINACIÓN BAJO LA ADA

La Autoridad de Transporte del Condado de San Bernardino (SBCTA) se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o que se le nieguen los beneficios de sus servicios por motivos de discapacidad, conforme a lo establecido por la ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, así como por otras leyes aplicables. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la presunta discriminación. La siguiente información es necesaria para ayudar a SBCTA a procesar su queja. Si necesita Asistencia para completar este formulario, comuníquese con la Coordinadora de ADA, Colleen Franco, llamando al (909) 884-8276.

Una vez completado, presenta el formulario original firmado o una carta en persona, correo electrónico o por correo a:

Colleen Franco
Directora de Servicios Administrativos
Autoridad de Transporte del Condado de San Bernardino
1170 W Calle Tercera., 2º piso
San Bernardino, CA 92410
adacoordinator@gosbcta.com

PARA PREGUNTAS O ASISTENCIA EN OTROS FORMATOS ACCESIBLES, COMO LETRA GRANDE, TDD, AUDIO U OTROS, LLAME AL: (909) 884-8276.

LAS PERSONAS CON DISCAPACIDADES AUDITIVAS O DEL HABLA PUEDEN UTILIZAR EL SERVICIO DE RELAY DE 711, Y LUEGO EL NÚMERO QUE NECESITAN.

1. Información de Contacto:

Nombre de el/la reclamante: _____

Dirección: _____

Cuidad, Estado, Código Postal: _____

Teléfono: _____ (hogar/trabajo)_____ (celular)

¿Cuáles son los días y horarios más convenientes para que SBCTA se comunique con usted acerca de esta queja?

_____

2. ¿Está presentando esta reclamación por cuenta propia? Si: ☐ No: ☐

Si respondió "si". Pase a la pregunta #3.

Si respondió, "No", proporcione su información de contacto:

Nombre: _____

Dirección: _____

Cuidad, Estado, y Código Postal: _____

Teléfono: _____ (hogar/trabajo) _____ (celular)

Por favor, explique por qué presenta la queja en nombre de otra persona:

_____

_____

Si respondió "No", por favor confirme que ha obtenido el permiso de la persona afectafa para presentar una queja en su nombre: Si: ☐ No: ☐

3. Fecha y lugar de la(s) presunta(s) acción(es) discriminatoria(s):
Incluya la fecha más temprana y la fecha más reciente de la discriminación alegada:

Fecha: _____ Local: _____
Fecha: _____ Local: _____

4. ¿Cómo fue discriminado(a)?

Describe la naturaleza de la acción, decisión o condiciones de la presunta discriminación. Explique lo más claramente posible qué ocurrió y por qué cree que su condición protegida fue un factor en la discriminación. Incluya cómo otras personas fueron tratadas de manera diferente. (Adjunte páginas adicionales si es necesario).

5. Nombre de las personas responsables de la(s) acción(es) discriminatoria(s):

6. Nombre de personas (testigos, compañeros de trabajo, supervisores u otros) con quienes podamos comunicarnos para obtener información adicional que respalda o aclare su(s) queja(s):

Nombre Dirección Número de teléfono

7. ¿Qué remedio o acción solicita en relación con la presunta discriminación?

8. ¿Se ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local de investigación? No □ Si □ Si respondió "Si", por favor proporcione la siguiente información:

Agencia: _____
Persona de contacto: _____
Dirección: _____ Teléfono: _____
Fecha de presentación: _____

9. Por favor, proporcione cualquier información adicional que considere útil para la investigación:

Por favor, firme y feche este formulario:

_____ _____
Firma del/de la demandante **Fecha**

Este formulario está disponible en formatos alternativos.