

FORMULARIO DE QUEJAS SRTA/ADA/TÍTULO VI



Complete este formulario para presentar una queja del Disabilities Act (ADA), Título VI u otra queja del servicio ante la Autoridad de Tránsito Regional del Sureste (SRTA).

Sección 1

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Dirección Ciudad Estado Código Postal

Teléfono (Domicilio): _____ Teléfono (Alternativo): _____

Dirección de correo electrónico: _____

Si necesita formatos accesibles, marque las casillas correspondientes.

letra grande Cinta de audio TDD Otros (especificar) _____

Sección 2

¿Está presentando esta queja por su cuenta?

sí (*En caso afirmativo, vaya a la Sección 3*) No (*Si no, pase a la siguiente línea*)

Proporcione el nombre y la dirección de la persona que alega discriminación.

Nombre: _____

Dirección: _____
Calle Dirección Ciudad Estado Código Postal

Explique por qué está presentando esta queja en nombre de otra persona:

¿Tiene permiso para presentar esta queja de la persona que alega discriminación?

Sí No

Sección 3

Creo que la discriminación experimentada se basó en (marque todo lo que corresponda):

- Raza Color Nacionalidad de Origen (incluye dominio limitado del inglés)
- Discapacidad

Fecha que ocurrió la supuesta discriminación (mes, día, año): _____

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas involucradas e incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso del formulario u otra hoja de papel.

Sección 4

¿Ha presentado previamente una queja ante la SRTA? Sí No

Sección 5

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

Sí No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda a continuación y proporcione el nombre de la agencia o tribunal.

- Agencia Federal: _____ Corte federal: _____
- Agencia del estado: _____ Tribunal Estatal: _____
- Agencia Local: _____

Proporcione la información de contacto de una persona en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre: _____ Título: _____

Agencia: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Sección 6

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Certifico que he leído lo anterior y que en el mejor de mis conocimientos, información y creencia toda la información es verdadera. **Firma y fecha es requerida.**

Firma del denunciante

Fecha

Presente este formulario y cualquier material adicional en persona, por correo electrónico a info@srtabus.com o correo a:

*Title VI Coordinator/ADA Coordinator, Southeastern Regional Transit Authority
700 Pleasant Street, Suite 530
New Bedford, MA 02740*

If information is needed in another language, please call (508) 997-6767.

Si necesita información en otro idioma, por favor llame al (508) 997-6767.

Se a informação for necessária em outra língua, por favor ligue para (508) 997-6767.

Si enfòmasyon nesesè nan yon lòt lang, tanpri rele (508) 997-6767.

Uso exclusivo de la administración de SRTA:

Fecha de recibido: _____ Persona que recibe la denuncia: _____