

Formulario de queja contra la discriminación de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)

Sección I:		
Nombre:		
Dirección:		
Teléfono (Hogar):		Teléfono (Trabajo):
Correo electrónico Dirección:		
Requisitos de formato accesible?	<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> Cinta de audio
	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Otro
Sección II:		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí*	<input type="checkbox"/> No
<i>*If you answered "Sí" to this question, go to Sección III.</i>		
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja.		
Por favor, explique por qué ha presentado una solicitud para un tercero:		
Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sección III:		
Si cree que fue discriminado por una discapacidad, proporcione la mayor cantidad de detalles sobre la supuesta discriminación.		
Fecha de la presunta discriminación (Mes, Día, Año):		
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. 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. Cualquier detalle relacionado con la hora del día, la ruta/línea de tránsito, la identificación del vehículo o el nombre. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.		
<hr/> <hr/>		
Sección VI:		

¿Ha presentado previamente una queja por discriminación ante esta agencia?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

En caso afirmativo, proporcione cualquier información de referencia con respecto a su queja anterior.

Sección V:

¿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 todas las opciones que correspondan:

Agencia Federal: _____

Tribunal Federal: _____ Agencia Estatal: _____

Tribunal Estatal: _____ Agencia local: _____

Sírvase proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre:

Sí:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI:

La denuncia es contra el nombre de la Agencia:

Nombre of person complaint is against:

Sí:

Ubicación:

Número de teléfono (si está disponible):

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja. Su firma y fecha se **requieren** a continuación:

Firma

Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que aparece a continuación, o envíelo por correo a:

Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland,

A la atención de: Lashonda Cherry-Crawford,

Coordinador del Programa de Transporte

130 Gillespie St, Rm 215, Fayetteville, NC 28301

Correo electrónico: ctp@cumberlandcountync.gov

CUMBERLANDCOUNTYNC.GOV/CTP. CUMBERLANDCOUNTYNC.GOV/CTP. If you need assistance completing this form contact **Lashonda Cherry-Crawford at ctp@cumberlandcountync.gov**.

Proceso de quejas de la ADA

De conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) del Departamento de Transporte de EE. UU. de 1990 (49 CFR Partes 27, 37, 38 y 39) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, según enmendada, Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland Garantiza que sus servicios, vehículos e instalaciones sean accesibles y utilizables por personas con discapacidades. Cualquier persona que crea que ha sido discriminada por motivos de discapacidad puede presentar una queja ante la ADA.

Las quejas se pueden presentar presentando un Informe de Servicio al Cliente/Formulario de Queja de la ADA en línea, descargando un Formulario de Queja de la ADA en cumberlandcountync.gov/ctp o llamando al 910-678-7619 (TTY/TDD 1-800-735-2962 o 711). Si el demandante no puede escribir una queja, un representante puede presentar una queja en su nombre, o Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland El personal brindará asistencia. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días calendario posteriores al presunto incidente.

1. El Transportation Program Coordinator se comunicará con el reclamante dentro de los 10 días hábiles posteriores a la recepción de la queja. Cualquier información solicitada debe ser recibida por Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland dentro de los 5 días posteriores a la solicitud*.
2. Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland comenzará la investigación dentro de los 15 días hábiles posteriores a la recepción de la queja si se determina que la presunta discriminación es una violación de las regulaciones de la ADA.
3. Se llevará a cabo una investigación sobre la queja y se documentará para determinar si Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland no cumplió con las regulaciones de la ADA.
4. Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland completará la investigación dentro de los 60 días calendario posteriores a la recepción de la queja. Si se necesita tiempo adicional para la investigación, se notificará al denunciante.
5. Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland comunicará sin demora su respuesta al denunciante, incluidos los motivos de la misma. El reclamante tendrá 5 días hábiles contados a partir de la recepción de Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland respuesta para presentar una apelación. Si no se presenta ninguna apelación, la queja se cerrará. Programa de Transporte Comunitario del Condado de Cumberland procesar e investigar todas las quejas que cumplan con los requisitos de discriminación de la ADA. Si el denunciante no proporciona la información requerida dentro del plazo requerido, la queja puede cerrarse.