

## Formulario de queja de la ADA

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación y garantiza la igualdad de oportunidades y acceso para las personas con discapacidades para una variedad de actividades de la vida diaria. La Administración Federal de Tránsito (FTA, por sus siglas en inglés) requiere que "Ninguna persona calificada con una discapacidad deberá, únicamente por razón de su discapacidad, ser excluida de la participación, se le negarán los beneficios o será objeto de discriminación en cualquier programa o actividad que reciba asistencia financiera federal administrada por el Departamento de Transporte de los Estados Unidos".

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda o modificaciones razonables para completar este formulario, llame al 910-299-0127.

### 1. Información de contacto del demandante

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono residencial \_\_\_\_\_ Trabajo Teléfono \_\_\_\_\_

### 2. Persona discriminada (si es alguien que no es el denunciante)

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

### 1. Describa la(s) razón(es) por la(s) que cree que tuvo lugar la discriminación.

---

---

---

---

### 3. ¿En qué fecha tuvo lugar la presunta discriminación? \_\_\_\_\_

1. Describió la presunta discriminación. Explique lo que sucedió y quién cree que fue el responsable. Si el espacio a continuación es insuficiente, adjunte hojas adicionales.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

4. ¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local? o con cualquier Tribunal federal o estatal? \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

5. En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:  
\_\_\_\_\_ Agencia Federal      \_\_\_\_\_ Tribunal Federal      \_\_\_\_\_ Agencia Estatal  
\_\_\_\_\_ Tribunal Estatal      \_\_\_\_\_ Agencia local

6. Proporcione la información de contacto de la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Cremallera Código \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

---

Firma del demandante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Todas las quejas deben estar en el Formulario de quejas de la ADA. Puede adjuntar información adicional que pueda ser relevante para su queja. La investigación se llevará a cabo y se completará dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la queja por escrito.

Envíe todas las quejas a:

Local:

Transporte Público del Condado de Sampson  
Atención: Director de Transporte  
910-299-0127  
Relay #711  
406 County Complex Rd  
Clinton, NC 28328

Federal:

Coordinadora del Programa ADA  
Oficina de Derechos Civiles de la FTA  
Edificio Este, 5ª planta  
TCR, 1200 New Jersey Ave. S.  
Washington, D.C. 20509

