



**LEY DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES
(AMERICANS WITH DISABILITIES ACT, ADA)
FORMULARIO DE QUEJA**

ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE

Si se necesita información en otro idioma, por favor llame a 509.735.5100.

SECCIÓN I

Fecha de hoy: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

N.º de teléfono: _____

N.º de teléfono celular: _____

N.º de teléfono de trabajo: _____

Correo electrónico: _____

¿Necesita un formato accesible?

Letra grande

TTY/TDD

Cinta de audio

Otro

SECCIÓN II

¿Está presentando esta queja en su propio nombre? * Sí No

** Si respondió que "Sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.*

De lo contrario, proporcione el nombre y la relación con la persona para quien está presentando la queja:

Nombre: _____

Relación: _____

Dirección de la persona víctima de discriminación: _____

Ciudad: _____

Estado: _____

Código postal: _____

¿Obtuvo permiso de esta persona? Sí No

Explique por qué presentó la queja en nombre de esta persona: _____

SECCIÓN III

Si cree que fue discriminado en base a una discapacidad, proporcione todos los detalles sobre la supuesta discriminación.

Fecha de la supuesta discriminación (día, mes, año): _____ Hora: _____

Tipo de viaje: Viaje Dial A Ruta fija Otro: _____

Línea/Ruta de Transit: _____ Identificación o nombre del vehículo: _____

Ubicación: _____

Nombres de los empleados involucrados: _____

Explique tan claro como sea posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.

