



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.

¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría ver que tomemos? _____

SECCIÓN IV

¿Ha presentado anteriormente una queja de ADA con BFT? ☐ Sí ☐ No

Nombre del contacto de BFT: _____ Número de teléfono: _____

SECCIÓN V

¿Ha presentado esta queja con otra agencia federal, estatal o local o con cualquier tribunal federal o estatal?

☐ Sí ☐ No

Si su respuesta es sí, marque todo lo que corresponda:

☐ Agencia federal:

☐ Tribunal federal:

☐ Agencia estatal:

☐ Tribunal estatal:

☐ Agencia local:

☐ Tribunal local

Proporcione la información de contacto para la persona con quien habló en la agencia anterior:

Nombre:

Título:

Agencia:

Teléfono:

Dirección:

Ciudad:

Estado:

Código postal:

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

Se necesita su firma y la fecha para presentar esta queja.

Firma del demandante

Fecha

Presente este formulario en persona o en la dirección que se indica a continuación o envíe este formulario por correo postal a:

Ben Franklin Transit
ADA Eligibility Coordinator
7109 W. Okanogan Place
Kennewick, WA 99336
509.734.5119