



## LEY DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES (AMERICAN WITH DISABILITIES ACT, ADA) PROCESO DE QUEJA

Ben Franklin Transit (BFT) tiene el compromiso de garantizar que ninguna persona calificada que tenga una discapacidad sufra de discriminación por parte de BFT, sus contratistas ni beneficiarios secundarios de conformidad con la Ley de Americanos con Discapacidades (ADA) de 1990, del Departamento de Transporte de los EE. UU. (49 CFR Partes 27, 37, 38 y 39).

Si usted considera que debido a dicha discapacidad, usted (o alguien que usted conoce) ha sido excluido de la participación en, se le han negado los beneficios o ha sido sometido a discriminación de cualquier servicio de tránsito de BFT, complete la información a continuación para presentar su queja. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días calendario siguientes al supuesto incidente.

### ¿Cómo presentar una queja?

#### § 1: Presentar un formulario de queja de ADA a Ben Franklin Transit

Los pasajeros pueden presentar quejas de ADA de las siguientes maneras:

1. En persona en Three Rivers Customer Service Center, 7109 W. Okanogan Place, Kennewick
2. Sitio web: Los pasajeros pueden presentar un formulario de queja de ADA en línea en el sitio web de Ben Franklin Transit, [bft.org](http://bft.org) y luego a "Contact Us – Civil Rights" (Comuníquese con nosotros - Derechos civiles)
3. Correo postal de los EE. UU.: Los pasajeros pueden enviar el formulario de queja de ADA por correo postal a Ben Franklin Transit, 7109 W. Okanogan Place, Kennewick, WA 99336-2341
4. Teléfono: Los pasajeros se pueden comunicar al Departamento de Servicio al cliente de Ben Franklin Transit al (509) 735-5100 de lunes a viernes, de 6:00 a. m. a 6:00 p. m., sábados de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
5. Correo electrónico: Los pasajeros pueden enviar el formulario de queja de ADA por correo electrónico a [customercomment@bft.org](mailto:customercomment@bft.org).
6. Fax: Los pasajeros pueden enviar el formulario de quejas de ADA por fax al (509) 783-9956

#### § 2: Proceso de investigación y acuse de recibo de la revisión de comentarios

Todos los comentarios de los clientes en relación con la Ley de Americanos con Discapacidades son importantes y serán revisados por el Coordinador de ADA. Después de recibir una queja, el personal de Servicio al cliente o el la persona nombrada distribuirá la comunicación del cliente al Coordinador de ADA y a los representantes de otras agencias según corresponda. Para asegurar una respuesta inmediata, a todas las quejas de ADA se les dará seguimiento independientemente de los comentarios de otros clientes.

1. Todas las quejas de ADA se enviarán al Coordinador de ADA. Una queja recibirá una respuesta inicial en un plazo de diez (10) días hábiles siempre que se presenten con información de contacto legible.
2. La investigación de una queja empezará en un plazo de quince (15) días después de la presentación de la queja siempre que cumpla con los requisitos de discriminación de conformidad con la ADA.
3. BFT completará la investigación de las quejas válidas de ADA en un plazo de sesenta (60) días calendario del envío original.
4. BFT informará sobre los hallazgos de la investigación al demandante con prontitud. El demandante tendrá cinco (5) días hábiles a partir de que reciba la respuesta de BFT para presentar una apelación. Si no se presenta una apelación, la queja se cerrará.

#### § 3: Asistencia para comentarios

### ¿Necesita ayuda para presentar una queja?

If you are unable to complete a written complaint due to a disability or if information is needed in another

language we can assist you. Please contact us at (509) 735-5100.

Si usted no puede presentar una queja por escrito debido a una discapacidad o si necesita información en otro idioma podemos ayudarle. Comuníquese con nosotros, llamando al (509) 735-5100.



# LEY DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES (AMERICAN WITH DISABILITIES ACT, ADA) FORMULARIO DE QUEJA

**ESCRIBA CLARAMENTE CON LETRA DE MOLDE**

## 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:

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agencia federal: | <input type="checkbox"/> Tribunal federal: |
| <input type="checkbox"/> Agencia estatal: | <input type="checkbox"/> Tribunal estatal: |
| <input type="checkbox"/> Agencia local:   | <input type="checkbox"/> 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  
1000 Columbia Park Trail  
Richland, WA 99352  
(509) 734 5119  
(509) 735 4392 (fax)

If information is needed in another language, please call 509-735-5100  
Si se necesita información en otro idioma, por favor llame a 509-735-5100

