



FORMULARIO DE QUERELLA
DE LEBANON TRANSIT
PARA AMERICANOS CON DISCAPACIDAD HECHO DE 1990 (ADA)

Lebanon Transit prohíbe discriminación en todos los programas y servicios en la base de discapacidad. Si usted siente haber sido discriminado para servicios de tránsito bajo el Hecho de Americanos con Discapacidad del 1990 (ADA), por favor provea la siguiente información en orden de poder asistirnos en procesar su querella y envíela a:

Lebanon Transit
ATT: Angela Luciotti, LT Oficial de Cumplimiento del Título VI
200 Willow Street
Lebanon, PA 17042
717.274.3664

Sección I:

Por favor imprima claramente:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono de (Hogar): _____ Celular: _____

Requeridos de Formato Accesibles: ___ Letra Grande ___ TDD ___ Cinta Audio ___ Otro

Sección II:

1. ¿Está usted llenando esta querella para usted mismo? Sí _____ No _____

Por favor provea el nombre y relación de la persona que usted esta completando este formulario de querella:

Nombre: _____ Relación: _____

Por favor explique porque ha llenado por una tercera persona: _____

Por favor confirme que usted a obtenido permiso de la persona agraviada si usted esta llenando a favor de la persona. ___ Si ___ No

Sección III

Día del Incidente (MM/DD/YYYY): _____ Hora del Incidente:

Localización del Incidente:

Servicios de Transito (Ruta Fija/Shared Ride/Otro): _____

Nombre/Número de Ruta: _____ Numero de Vehículo: _____

Dirección de Viaje: ____ Llegada ____ Salida

Ayuda móvil que uso (si alguna):

Provea el nombre del individuo(s) que discrimino en contra de usted. Si lo sabe, por favor provea descripción informativa para ayudar identificar el empleado.

Por favor explique lo mas claro que pueda lo que paso y porque usted cree que fue discriminado. Si necesita mas espacio, por favor use un papel adicional.

Por favor liste los nombres y contactos de todos los testigos.

Sección IV

Usted a previamente a llenado una querella de ADA con Lebanon Transit ____ Si ____ No

¿Ha usted llenado una querella Federal, Estado o Agencia Local de ADA, ¿o con cualquier otra corte Federal o del Estado? ____ Si ____ No

Si, Marque los que apliquen:

____ Agencia Federal ____ Corte Federal ____ Agencia del Estado
____ Corte del Estado ____ Agencia Local ____ Corte Local

Por favor provea provea información para el contacto de la agencia/corte donde las querellas fueron llenas.

Nombre y Título: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Ciudad, Estado, Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Sección V

Por favor adjunte cualquier material por escrito o alguna otra información usted cree va a hacer relevante a su querella.

Yo afirmo que he leído la información arriba y es correcta para lo mejor de mi entendimiento y creencia.

Firma y Fecha requerida

Fecha

Día

Lebanon Transit
200 Willow Street
Lebanon, PA 17046
717.274.3664