

ADA

Formulario de queja

Autoridad Central de Transporte y
Estacionamiento de Oklahoma

EMBARK opera sus programas y servicios de conformidad con la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades y las pautas de la Administración Federal de Tránsito para la prestación de servicios a personas con discapacidades.

Todas las quejas deben presentarse por escrito y ser firmadas por la persona reclamante o su representante antes de que se puedan tomar medidas. Las quejas deben declarar, lo mejor posible, los hechos y circunstancias relacionadas con la supuesta discriminación. La Autoridad Central de Transporte y Estacionamiento de Oklahoma (Central Oklahoma Transportation & Parking Authority, COTPA) proporcionará una carta de acuse de recibo de la queja dentro de los diez (10) días hábiles.

El formulario completo debe enviarse a: COTPA
Asunto: Coordinador de ADA
2000 S May
Oklahoma City, OK 73108

Información de contacto de la persona reclamante

NOMBRE

TELÉFONO DURANTE EL DÍA

DIRECCIÓN POSTAL

TELÉFONO DURANTE LA NOCHE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

Persona que sufrió discriminación (Si no es el reclamante)

NOMBRE

TELÉFONO DURANTE EL DÍA

DIRECCIÓN POSTAL

TELÉFONO DURANTE LA NOCHE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

(continúa en el dorso)

Detalles del incidente

Si se basa en discriminación, ¿en qué se basó la discriminación? (Marque todas las opciones que correspondan)

Raza

Color

Ingresos bajos

Discapacidad

Nacionalidad

Género

Dominio limitado del inglés

¿Qué representantes de la COTPA alega la persona que estuvieron involucrados?

Fecha del incidente que resultó en una discriminación

Hora del incidente

Describe el acto ilegal. ¿Quién fue responsable y qué sucedió?

Para obtener más espacio, adjunte hojas de papel adicionales.

¿Dónde ocurrió el incidente? Proporcione detalles específicos.

(por ej. ubicación, número de autobús, dirección del recorrido, nombre del empleado, etc.) Para obtener más espacio, adjunte hojas de papel adicionales.

(continúa en la próxima página)

¿Testigos? Por favor, proporcione su información de contacto.

TESTIGO 1

NOMBRE

TELÉFONO DURANTE EL DÍA

DIRECCIÓN POSTAL

TELÉFONO DURANTE LA NOCHE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

TESTIGO 2

NOMBRE

TELÉFONO DURANTE EL DÍA

DIRECCIÓN POSTAL

TELÉFONO DURANTE LA NOCHE

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

¿Presentó esta queja en otra agencia o tribunal federal, estatal, o local?

Sí

No

Si la respuesta es sí, marque la agencia en la que se presentó la queja y proporcione la información de contacto de la agencia:

Agencia federal Tribunal federal Agencia estatal Tribunal estatal Agencia local

Otra _____ Fecha de presentación: _____

NOMBRE DE LA AGENCIA

PERSONA DE CONTACTO

DIRECCIÓN POSTAL DE LA AGENCIA

TELÉFONO

CIUDAD

ESTADO

CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

Firme la queja en el espacio a continuación. Adjunte los documentos que crea que respaldan su queja.

X _____
Firma del reclamante

Fecha de firma