



FORMULARIO DE RECLAMACION ADA

Queja no. _____

La Corporación de transporte de Detroit está comprometida con la satisfacción del cliente, y por consiguiente alienta a los jinetes a comunicar sus preocupaciones. Por lo tanto, es necesario establecer un sistema de quejas del cliente para investigar las preocupaciones del cliente y resolver los problemas del cliente lo más rápidamente posible.

El título II y III de la ley de americanos con discapacidad de 1990 (ADA) estipula que "ninguna entidad discriminará a un individuo con una discapacidad en relación con la prestación de servicios de transporte". Si usted siente que ha sido discriminado en los servicios de transporte, por favor proporcione la siguiente información, adjunte cualquier documentación de apoyo, y envíe su queja a:

Brenda Walker, Manager, Human Resources Division, Detroit Transportation Corporation,
Teléfono: (313) 224-2160 /Fax: (313) 224-1207 Oficina corporativa Horas: 9:00 a.m. – 5:00 p.m.

Nombre del querellante (por favor imprima): _____

Número de casa: _____ Trabajo/Célula: _____

Dirección: _____ Ciudad, Estado _____ Zip _____

Por favor enumere su discapacidad primaria ADA calificada: _____

Tipo de presunta discriminación (Por favor marque todo lo que corresponda):

Acceso físico [] Animal de servicio [] Alojamiento razonable [] DeNegación de servicios []

Otros [] _____

Fecha del incidente: _____ Tiempo ocurrió: _____ Localización de incident

Nombre/posición/título de la persona que causa el incidente/discriminación

Descripción de la queja o incidente (utilice una hoja separada si es necesario):

¿Alguien más presencié este incidente? Sí [] No []

1. Nombre _____

Número de teléfono _____

2. Nombre _____

Número de teléfono _____

Persona que recibe queja (por favor imprima):

Fecha: _____ Tiempo la llamada fue recibida: _____

Acciones tomadas/personal involucrado (por favor adjunta cualquier documentación de apoyo): _____

_____ Fecha de cierre de consulta: _____

Afirmo que He proporcionado esta declaración y es fiel a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia.

Firma del querellante / Fecha