

# نموذج شكوى ADA

## هيئة العبور الإقليمية لمنطقة دي موين (DART)

تلتزم DART بضمان عدم استبعاد أي شخص من المشاركة في خدماتها أو حرمانها من مزاياها على أساس الإعاقة على النحو المنصوص عليه في قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990 (ADA). يجب تقديم شكوى ADA في غضون 180 يوماً من تاريخ الحادث المزعوم.

المعلومات التالية ضرورية لمساعدتنا في معالجة شكواك. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في إكمال هذا النموذج، في الاتصال بمدير تجربة عملاء دارت عن طريق الاتصال بالرقم (515-283-8100) يجب إعادة النموذج المكتمل إلى دارت، مدير خدمة العملاء، 620 Cherry St. Des Moines, Iowa 50309

الهاتف النهاري:	اسم:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	عنوان الشارع:

الشخص الذي تعرض للتمييز (إذا كان شخص آخر صاحب الشكوى):

الهاتف النهاري:	اسم:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	عنوان الشارع:

تاريخ الحادث: \_\_\_\_\_

وقت الحادث: \_\_\_\_\_



هل قدمت شكوى إلى أي وكالات اتحادية أو ولائية أو محلية أخرى؟ (اختر واحده)

لا

نعم

إذا كان الأمر كذلك، فقم بإدراج الوكالة / الوكالات ومعلومات الاتصال:

اسم جهة الاتصال:	وكالة:
رقم الهاتف:	عنوان:

اسم جهة الاتصال:	وكالة:
رقم الهاتف:	عنوان:

أؤكد أنني قرأت التهمة المذكورة أعلاه وهي صحيحة على حد علمي.

تاريخ \_\_\_\_\_ توقيع مقدم الشكوى \_\_\_\_\_

اسم مقدم الشكوى

تاريخ الاستلام:
تم استلامه من قبل: