

Formulario de Queja ADA
Autoridad Regional de Transito de Des Moines (DART)

DART se compromete a garantizar que ninguna persona sea excluida de participar o se le nieguen los beneficios de sus servicios sobre la base de discapacidades según lo dispuesto por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA). Las quejas de ADA deben presentarse dentro de los 180 días a partir de la fecha del presunto incidente .

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su reclamo. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Gerente de experiencia al cliente de DART llamando al (515) 283-8100. El formulario completo debe ser devuelto a DART, Customer Service Supervisor, 620 Cherry St., Des Moines, Iowa 50309.

NOMBRE:	TELÉFONO DE DÍA:
CALLE DIRECCIÓN:	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO ZIP:

PERSONA DISCRIMINADA (SI ES DIFERENTE A LA QUE DEMANDA):

NOMBRE	TELÉFONO DE DÍA:
CALLE DIRECCIÓN:	CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO

FECHA DEL INCIDENTE: _____

HORA DEL INCIDENTE: _____

**Formulario de Queja ADA
Autoridad Regional de Transito de Des Moines (DART)**

¿HA PRESENTADO UNA QUEJA CON CUALQUIER OTRA AGENCIA FEDERAL, ESTATAL O LOCAL? (MARQUE UNO)

SI

NO

SI ES ASÍ, ENUMERE AGENCIA/AGENCIAS E INFORMACIÓN DE CONTACTO:

AGENCIA:	NOMBRE DE CONTACTO:
DIRECCIÓN:	NÚMERO TELEFÓNICO:

AGENCIA:	NOMBRE DE CONTACTO:
DIRECCIÓN:	NÚMERO TELEFÓNICO:

AFIRMO HABER LEIDO LO ANTERIOR Y ES CIERTO A MI MEJOR CONOCIMIENTO

FIRMA DEL DEMANDANTE

FECH

IMPRIMA O ESCRIBA EL NOMBRE DEL DEMANDANTE

FECHA DE RECEPCIÓN:

RECIBIDO POR: