

FORMULARIO DE QUEJAS ADA

Por favor imprima, complete y envíe este formulario por correo al: Middletown Transit District , ConnDOT, o a la Administración Federal de Tránsito.

Nombre:

Dirección: .

Ciudad o Pueblo/Estado/Código Postal: .

Teléfono:

Por favor provea la(s) fecha(s) y lugar de la presunta discriminación, el nombre(s) de la(s) persona(s) que presuntamente lo discriminaron, incluidos sus títulos (si se conocen) o describa la falta de accesibilidad que experimentó.

Por favor provea los nombres, direcciones y teléfonos de los testigos.

Explique de forma breve y clara lo que ocurrió, cómo siente que lo han discriminado y quién estuvo involucrado. Por favor incluya cómo otras personas fueron tratadas de diferente manera que usted.

Firma/Fecha _____

De ser necesario, puede utilizar hojas de papel adicionales. También incluya cualquier material escrito relacionado con su queja.

Dirección: Middletown Transit District: ADA Complaint
340 Main St.
Middletown, CT 06457