AUTORIDAD DE TRANSITO DEL AREA DE BERKS

Hoja de querella ADA

(Noviembre 2019)

Sección I:				
Nombre:				
Dirección:				
Teléfono (Casa):		Teléfono (Trabajo):		
Correo Electrónico:				
Formato Requerido para Acceso:	Letra Grande		Cinta de Audio	
	TDD		Otro	

Sección II:		
¿Está llenando esta querella para usted mismo?	Sí*	No
*Si contestó "Sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.		
Si no, por favor proporcione el nombre y la relación que tiene con la persona por la cual usted está haciendo la querella:		
Por favor explique por qué usted tiene que llenar a favor del querellante:		
Si usted está llenando por otra persona, por favor confirme que usted obtuvo permiso de la persona agraviada.	Sí	No

Sección III:

Persona que fue discriminada: _____

Dirección de la persona que fue discriminada: _____

Fecha de la alegada discriminación (Mes, Día, Año): _____

¿Donde alega que esta discriminación sucedió?

Ruta de Autobús # Autobús # Van #

Explique lo más claro posible lo que pasó y porqué usted cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron envueltas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona quien discriminó contra usted (si lo sabe) así también como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Además, también incluya que tipo de acción correctiva a usted le gustaría ver que tomemos. Si necesita más espacio, por favor utilice la parte trasera de esta forma o provea la información en un papel separado.

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Sección IV		
¿Ha llenado una querella de ADA previamente con esta agencia?	Sí	No

Sección V
¿Ha llenado una querella con cualquier otra agencia Federal, de Estado, o local, o con alguna corte de Estado o Federal?
[ ] Sí [ ] No
Si contestó sí, marque todas las que apliquen:
[ ] Agencia Federal: _____
[ ] Corte Federal_____ [ ] Agencia de Estado_____
[ ] Corte de Estado _____ [ ] Agencia Local_____
Por favor provea la información acerca de la persona de contacto en la agencia /corte en que usted llenó la querella.
Nombre:
Título:
Agencia:
Dirección:
Teléfono:
Sección VI
Nombre de la agencia que quiere denunciar:
Persona de Contacto:
Título:
Número de Teléfono:

Usted puede incluir cualquier material por escrito u otra información que pueda ser relevante para su querella.

Firma y fecha son requeridas:

_____ _____

Firma Fecha

Puede someter esta forma por correo ó en persona a la dirección provista a continuación:

BARTA Director of Operations
1700 N. 11th Street
Reading, PA 19601

Por favor use el espacio provisto para completar la información requerida en la Sección III.