

WNCSource Transporte – Formulario de quejas de la ADA

¿Cree que ha sido discriminado, excluido o se le ha negado el servicio por parte de WNCSource Transportation debido a una discapacidad?

WNCSource se compromete a garantizar que ninguna persona cualificada con discapacidad sea excluida, por razón de dicha discapacidad, de la participación, se le nieguen los beneficios ni sea objeto de discriminación por parte de WNCSource (Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990).

Las quejas en virtud de la ADA deben presentarse dentro de los 180 días siguientes a la fecha de la presunta discriminación. Complete la siguiente información para presentar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a WNCSource al (828) 693-1711 o envíe un correo electrónico a bkimmons@wncsource.org. Si no se le proporciona una copia del Proceso y procedimientos para abordar quejas en virtud de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA), solicite una copia.

Su nombre: _____

Dirección de la calle: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Número de teléfono: _____ Otro teléfono: _____

¿Quién fue discriminado? (Por favor, marque con un círculo) ¿Usted? ¿Alguien más?
Si alguien más fue discriminado, por favor proporcione la siguiente información:

Nombre(s): _____ Dirección de la calle _____

Ciudad Estado y código postal: _____

Fecha de hoy: _____ Fecha del incidente: _____

Describa el presunto incidente de discriminación. Si es posible, proporcione los nombres y cargos de todos los empleados de WNCSource involucrados. Explique qué sucedió y quién cree que fue el responsable. Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.

¿Ha presentado alguna queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local?
(Marque una) Sí / No

En caso afirmativo, enumere la agencia o agencias y la información de contacto a continuación:

Agencia:	Nombre del contacto:
Dirección, ciudad, estado y código postal:	Teléfono:
Agencia:	Nombre del contacto:
Dirección, ciudad, estado y código postal:	Teléfono:

Afirmo que he leído la acusación anterior y que es verdadera según mi leal saber y entender.

Firma del denunciante

Fecha

Por favor, devuelva el formulario completo y firmado a: WNCSource, P.O. Box 685, Hendersonville, NC 28792. Los denunciantes tienen derecho a presentar su queja en cualquier momento del proceso directamente a: FTA (Administración Federal de Tránsito), Oficina de Derechos Civiles Región IV, 230 Peachtree, NW, Suite 800, Atlanta, GA 30303. Teléfono: (404) 865-5600.

WNCSource Use Only:
Print or Type Name of Complainant:
Date Received:
Received By: