

LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Hall Area Transit

Actualizado en verano de 2023

Información de contacto de la ADA

Nombre y cargo: **Phillippa Lewis Moss, GM/directora de tránsito**

Dirección postal: **687 Main Street, Gainesville, GA 30501**

Teléfono: **770-503-3350**

Correo electrónico: **pmoss@gainesvillega.gov**

Información de contacto para modificaciones razonables

Cargo: **Phillippa Lewis Moss, GM/directora de tránsito, pmoss@gainesvillega.gov**

Formulario de reclamación en virtud de la ADA/Título VI

Antecedentes

Este formulario se usa tanto para las reclamaciones del Título VI y para la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

La Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI) identifica las tres clases protegidas por el Título VI: raza, color y país de origen, y permite al demandante seleccionar una o más de esas clases protegidas como fundamento de discriminación. Si alguna de las poblaciones con Dominio Limitado de Inglés (LEP) en nuestra área de servicio cumple el umbral de puerto seguro, entonces el procedimiento se dará en inglés y en cualquier otro idioma que hablen las poblaciones con LEP que cumplan el umbral de puerto seguro.

La Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990, da protección para que a ninguna persona con discapacidad se la excluya de participar en cualquier programa, servicio o actividad financiado por el gobierno federal, ni se le nieguen los beneficios de estos, ni sea objeto de discriminación.

Hall Area Transit se compromete a prestar un servicio no discriminatorio para asegurar que a ninguna persona se la excluya de recibir sus servicios, ni que se le nieguen los beneficios de estos, ni sea objeto de discriminación para recibirlos, por cuestiones de raza, color o país de origen, como protege el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI), así como ofrecer protección para que a ninguna persona con discapacidad se la excluya de participar, ni se le nieguen los beneficios, ni sea objeto de discriminación como lo establece la Ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de 1990.

Si siente que lo han discriminado, presente la siguiente información necesaria para facilitar el procesamiento de su reclamación. Si necesita ayuda para completar el formulario, o si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al coordinador de la ADA/Título VI al 770-503-3350. **Una vez completado, devuelva una copia firmada y fechada a:**

**Phillippa Lewis Moss, GM/directora de tránsito
687 Main Street, Gainesville, GA 30501**

Nota: La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su reclamación. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 770-503-3350.

Marque una de las opciones de abajo:

- Reclamación en virtud de la ADA o Reclamación en virtud del Título VI

Parte I.

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Formatos adicionales necesarios:

- Ninguno TDD
 Letra grande Grabación de audio
 Otros

Parte II.

¿Está presentando esta reclamación en su propio nombre?

- Sí – Pase a la Parte III
 No – Indique el nombre de la persona y su relación con ella:

Nombre de la persona: _____

Su relación: _____

Explique por qué la presenta a nombre de un tercero:

Confirme:

- Tengo el permiso de la parte agraviada para presentar este formulario en su nombre.
 No he confirmado el permiso para presentar este formulario en nombre de la parte agraviada.

Parte III.

Creo que la discriminación que viví estuvo basada en:

- Raza
 Color
 País de origen
 Mi discapacidad
 Otro: _____

Fecha de la presunta discriminación: _____

Explique con toda claridad posible lo que sucedió y por qué cree que lo discriminaron. Describa a todas las personas implicadas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si las conoce) así como los nombres y la información de contacto de todo testigo.

Parte IV.

¿Ha presentado antes una reclamación en virtud de la ADA o del Título VI con esta agencia?

- Sí
- No

Parte V.

¿Ha presentado esta reclamación ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?

- Sí
- No

De ser así, marque todo lo que corresponda:

- Agencia federal Tribunal federal
- Agencia estatal Tribunal estatal
- Agencia local

Indique la información de contacto de una persona de la agencia o tribunal donde se presentó la reclamación:

Nombre: _____

Cargo: _____

Agencia: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Parte VI.

Nombre de la agencia contra la que se presenta la reclamación: _____

Persona de contacto: _____

Cargo: _____

Teléfono: _____

Aviso importante: Para proteger sus derechos, su reclamación debe presentarse en un plazo de 180 días después de la fecha de la presunta discriminación. Si no se presenta en 180 días, la reclamación puede desestimarse. Puede adjuntar cualquier material adicional u otra información que crea pertinente para su reclamación a este formulario.

Se necesita la firma y fecha abajo.

Firma de la persona que presenta la reclamación

Fecha

PRESENTAR LA RECLAMACIÓN A:

Nombre y cargo: **Phillippa Lewis Moss, GM/directora de tránsito**

Dirección postal: **687 Main Street, Gainesville, GA 30501**

Teléfono: **770-503-3350**

Correo electrónico: **pmoss@gainesvillega.gov**