

Eastern Panhandle Transit Authority

Formulario De Quejas A Derechos Civiles

"Ninguna persona en los Estados Unidos debe, en los términos de raza, color, u origen nacional, ser excluido(a) de participar en, ser negado(a) beneficios de, o sujeto a discriminación bajo cualquier programa o actividad que reciba asistencia Federal financiera". La Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA, The Americans with Disabilities Act of 1990) también prohíbe la discriminación y asegura la igualdad de oportunidades y acceso para las personas con discapacidades.

Si usted piensa que ha sido víctima de discriminación en la provisión de servicios de tránsito, por favor proporcione la siguiente información para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario o necesita información en formatos alternativos, por favor háganoslo saber.

Por favor, devuelva este formulario por correo o en persona a:

EPTA
446 Novak Drive
Martinsburg, WV 25405
Fax: 304-264-9253

Dirección de correo electrónico: info@eptawv.com

POR FAVOR ESCRIBA si no está llenando la versión en internet de este formulario.

| | | |
|---|---------|----------------|
| 1. Nombre de la persona poniendo la queja: | | |
| a. Dirección: | | |
| b. Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| c. Teléfono (Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> o Trabajo <input type="checkbox"/>) Por favor, incluya el código de área. () | | |
| d. Dirección de Correo Electrónico: | | |
| ¿Prefiere ser contactado a través de esta dirección de correo electrónico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| 2. Se necesita formato accesible para esta forma? Letra Grande <input type="checkbox"/> | | |
| Cinta de Audio: <input type="checkbox"/> Desarrollo guiado por pruebas (TDD): <input type="checkbox"/> Otro (especificar): <input type="checkbox"/> | | |
| 3. Está completando esta queja a su propio nombre? Sí su respuesta es SÍ, por favor vaya a la pregunta 7 Si su respuesta es NO, pase a la pregunta 4 | | |
| 4. Si su respuesta a la pregunta 3 es NO, por favor proporcione su nombre y dirección. | | |
| a. Nombre de la persona completando el formulario: | | |
| b. Dirección: | | |
| c. Ciudad: | Estado: | Código Postal: |
| d. c. Teléfono (Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> o Trabajo <input type="checkbox"/>) Por favor, incluya el código de área. () | | |
| e. Dirección de Correo Electrónico: | | |
| ¿Prefiere ser contactado a través de esta dirección de correo electrónico? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |
| 5. ¿Cuál es su relación con la persona a quien está asistiendo para completar la esta queja? | | |
| 6. Por favor, confirme que ha obtenido el permiso de la persona agraviada, si usted está presentando esta en nombre de una tercera persona. SI, tengo permiso <input type="checkbox"/> NO, tengo permiso <input type="checkbox"/> | | |

