

# **Procedimiento del Formulario de Quejas por Discapacidades (ADA)**

## **Antecedentes:**

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) protege a las personas con discapacidades, garantizando que ninguna persona sea excluida de participar en, se le nieguen los beneficios de, o sea objeto de discriminación en ningún programa, servicio o actividad financiados con fondos federales, por razón de su discapacidad.

St. Cloud Metro Bus se compromete a brindar un servicio no discriminatorio para asegurar que ninguna persona sea excluida de participar en, se le nieguen los beneficios de, o sea objeto de discriminación al recibir sus servicios, protegiendo así a las personas con discapacidades, por razón de su discapacidad, tal como lo establece la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA).

Si considera que ha sido víctima de discriminación, proporcione la siguiente información necesaria para facilitar el procesamiento de su queja. Si necesita ayuda para completar el formulario o si tiene alguna pregunta, no dude en llamar al Coordinador de la ADA al 320-258-6885. **Una vez completado, envíe una copia firmada y fechada a:**

**Missy Kraemer, Gerente de Operaciones  
665 Franklin Ave NE, St. Cloud, MN 56304**

*Nota: La siguiente información es necesaria para que podamos procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 320-258-6885.*



# Formulario de queja de la ADA

<b>Sección I:</b>			
<b>Nombre:</b>			
<b>Dirección:</b>			
<b>Teléfono (Casa/Celular):</b>		<b>Teléfono (trabajo):</b>	
Correo electrónico:			
¿Necesita un formato accesible?	Letra grande TTY/TDD	Cinta de audio Otro:	
<b>Sección II:</b>			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre? *			Sí      No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona para la que está presentando:			
¿Has obtenido permiso de esta persona?			Sí      No
<b>Sección III:</b>			
Si cree que fue discriminado por una discapacidad, proporcione todos los detalles sobre la supuesta discriminación.			
Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____ Hora: _____			
Línea de tránsito / ruta: _____ ID o nombre del vehículo: _____ Ubicación: _____			
Nombre(s) del(los) empleado(s) involucrado(s): _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario.  _____  _____  _____			

<b>Sección IV</b>		
¿Ha presentado previamente una queja de la ADA ante esta agencia?	Sí	No
Nombre de contacto:	Número de teléfono:	
<b>Sección V</b>		
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?		
[ ] Sí      [ ] No		
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:		
[ ] Agencia federal: _____	[ ] Tribunal Federal: _____	
[ ] Organismo estatal: _____	[ ] Tribunal estatal: _____	
[ ] Agencia local: _____	[ ] Tribunal local: _____	
Proporcione la información de contacto de la persona con la que habló en la agencia anterior:		
<b>Nombre:</b>	<b>Título:</b>	
<b>Agencia:</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>Teléfono:</b>		

**Aviso importante:** Para proteger sus derechos, su queja debe presentarse dentro de los 180 días posteriores a la fecha de la presunta discriminación. Si no se presenta dentro de los 180 días, puede resultar en la desestimación de la queja. Puede adjuntar a este formulario cualquier material escrito adicional u otra información que considere relevante para su queja.

Se requiere firma y fecha a continuación.

---

Firma de la persona que presenta la queja

---

Fecha

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con St. Cloud Metro Bus al 320-258-6886.

**Una vez completado, devuelva una copia firmada y fechada a:**

**Missy Kraemer, Operations Manager  
St. Cloud Metro Bus  
665 Franklin Ave NE, St. Cloud, MN 56304**