



PARA USO DE OFICINA- COMPLAINT FOLLOW UP			
DATE RECEIVED: _____	Follow Up: Call Date / Time / Contact made? Y or N:		
COMPLAINT #:	1st Call:	/	/
REVIEWED BY:	2nd Call:	/	/
	3rd Call:	/	/

COMENTARIO / CUMPLIMIENTO / RECLAMO

Paso 1

SEÑOR SEÑORA

NÚMERO DE TELÉFONO / CORREO ELECTRÓNICO:

DOMICILIO:

CIUDAD :

ESTADO:

CÓDIGO POSTAL:

UBICACIÓN DEL INCIDENTE:

FECHA DEL INCIDENTE:

HORA:

RUTA :

DE AUTOBUS:

NOMBRE / DESCRIPCIÓN DE LA (S) PERSONA (S) INVOLUCRADA (S):

↓ POR FAVOR MARQUE LA CAJA APROPIADA ↓

COMENTARIO GENERAL / CUMPLIMIENTO / RECLAMO → PASE A LA SECCIÓN 1

TÍTULO VI: DESCRIIMINACIÓN CONTRA RAZA, COLOR, ORIGEN NACIONAL → PASE A LA SECCIÓN 2

DEMANDA DE LA LEY DE ADA-AMERICANOS CON DISCAPACIDADES - PASE A LA SECCIÓN 3 →PASE A LA PÁGINA ANTERIOR

PASO 2

SECCIÓN 1 - COMENTARIO GENERAL / CUMPLIMIENTO / RECLAMO:

AYÚDENOS A COMPRENDER LA NATURALEZA DE SU COMENTARIO / CUMPLIMIENTO / RECLAMO:

SECCIÓN 2 - TÍTULO VI RECLAMO-DESCRIMINACIÓN EN CONTRA DE RAZA, COLOR, ORIGEN NACIONAL

¿PRESENTÓ ESTA RECLAMO CON OTRA AGENCIA FEDERAL, ESTATAL O LOCAL? NO SI SELECCIONE TODO LO QUE APLIQUE:

AGENCIA FEDERAL AGENCIA ESTATAL AGENCIA LOCAL TRIBUNAL FEDERAL TRIBUNAL DE ESTADO

POR FAVOR PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL TRIBUNAL O LA AGENCIA DONDE PRESENTÓ RECLAMO:

Creo que la discriminación que experimenté estaba basada en: (Marque todo lo que corresponda) Raza Color Origen Nacional

AYÚDENOS A COMPRENDER LA NATURALEZA DE SU RECLAMO:

SECCIÓN 3-ADA (AMERICANOS CON DISCAPACIDADES) RECLAMO

→ En los casos en que el demandante no pueda proporcionar una declaración por escrito, de ser necesario, la Ciudad de Visalia ayudara a la persona a convertir los reclamos verbales en redacción y entrevistará al denunciante. El denunciante o su representante firmará todas los reclamos..

→ **Titulo II de ADA-AMERICANOS CON DISCAPACIDADES de 1990 Título II-Servicios públicos, SECCIÓN 202: discriminación declara:**

Prohibe discriminación por motivos de discapacidad por parte de "entidades públicas", las cuales consisten de programas, servicios y actividades ofrecidos por gobiernos estatales y locales.

Requiere que entidades públicas procuren que sus programas, servicios y actividades sean accesibles a personas con discapacidades.

Describe los requisitos para auto-evaluación y planificación; para hacer modificaciones razonables a las políticas, prácticas y procedimientos para evitar discriminación donde sea necesario; para la identificación de barreras arquitectónicas; y para comunicarse eficazmente con personas con discapacidades auditivas, visuales y del habla.

→ **La ley establece requisitos específicos para el acceso a los vehículos y las instalaciones y la provisión de servicios, incluyendo servicio de paratransporte por cortesía.**

PERSONA QUE PRESENTA LA

IGUAL QUE QUERELLANTE:

PRIMER NOMBRE / APELLIDO:

NÚMERO DE TELÉFONO / CORREO ELECTRÓNICO:

AYÚDENOS A COMPRENDER LA NATURALEZA DE SU RECLAMO:

PASO 3

POR FAVOR FIRMAR A CONTINUACIÓN (ADJUNTE CUALQUIER DOCUMENTO QUE CORRESPONDA A ESTE INCIDENTE)

FIRMA :

FECHA:

**OPCIONAL: ¿TIENE ALGUNA SUGERENCIA EN CUANTO A LA MEJOR CORRECCIÓN DE LA VIOLACIÓN?

(CUALQUIER SUGERENCIA SERÁ APRECIADA)

Un reclamo debe presentarse dentro de ciento ochenta (180) días después del incidente.

PARA USO DE OFICINA - VISALIA TRANSIT

DATE RECEIVED: _____

COMPLAINT #: _____

EMAILED: _____

RECEIVED: _____

VOLVER A:

CIUDAD DE VISALIA

DIVISIÓN DE TRÁNSITO

425 E OAK AVENUE., STE 301

VISALIA, CA 93291