

Forma de Quejas del Decreto ADA
 División de Transporte de la Ciudad de Lake Havasu
 Derechos Civiles

La División de Transporte de la Ciudad de Lake Havasu está dedicada a asegurar que ninguna persona sea excluida de participar o que se le nieguen los beneficios de sus servicios basándose en su habilidad. Las quejas se deben registrar dentro de 180 días a partir de la fecha de la presunta discriminación.

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si usted necesita ayuda para completar esta forma, por favor comuníquese con la División de Transporte de la Ciudad de Lake Havasu llamando al 928.453.7600. La forma llena se debe enviar a: Lake Havasu City Transit, Attn: Civil Rights, 900 London Bridge Rd. Bldg. B, Lake Havasu City, AZ 86404. Ó se puede enviar por correo electrónico a: transit@lhcaz.gov

Su Nombre:	Teléfono:
Domicilio Físico:	Teléfono Alternativo:
Persona/s a la/s cual/es se discriminó (si es una persona distinta al/la reclamante)	
Nombre/s:	
Domicilio Físico, Ciudad, Estado y Código Postal:	

Fecha del Incidente: _____

Por favor describa el presunto incidente discriminatorio. Provea los nombres y títulos de todos los empleados de la División de Transporte de la Ciudad de Lake Havasu involucrados, si los tiene disponibles. Explique lo que sucedió y quién cree que fue el responsable. Por favor use el reverso de esta forma si se requiere espacio adicional.

¿Ha registrado usted una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local? (Circule una)
Sí / No

Si contestó sí, liste la/s agencia/s y la información de contacto a continuación:

Agencia: _____ Nombre del Contacto: _____

Domicilio Físico, Ciudad, Estado y Código Postal: _____ Teléfono: _____

Agencia: _____ Nombre del Contacto: _____

Domicilio Físico, Ciudad, Estado y Código Postal: _____ Teléfono: _____

Yo afirmo que he leído el cargo anterior y que es verdadero de acuerdo a lo mejor de mi conocimiento, información y creencia.

Firma del/la Reclamante: _____ Fecha: _____

Nombre del/la Reclamante en Letra de Molde o a Máquina _____

**Sólo para el Uso de la Oficina
LHCT/CR Office Use Only:**

Date Received: _____

Received By: _____

