



Formulario Para Reclamo ADA

ICTC se compromete a garantizar que la implementación de servicios de transporte público cumpla con Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Cualquier persona que ~~cree que puede ver~~: 1) **FALTA DE ACCESIBILIDAD** (por ejemplo, las barreras físicas) o 2) **DISCRIMINACION BASADA EN DISCAPACIDAD**, puede presentar por escrito un reclamo de ADA, firmado, con ICTC. Si usted necesita ayuda para llenar este formulario, por favor háganos saber.

Por favor ~~mande~~ este formulario por fax, correo o entregue esta forma a:

ICTC 1503 N. Imperial Ave., Suite 104,
El Centro, CA 92243
Fax: (760) 592-4410

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN BÁSICA DE LA DENUNCIA

PERSONA PRESENTANDO LA INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO	INFORMACIÓN SOBRE EL DEMANDANTE (solo si es diferente que la persona presentando la denuncia)
Nombre: _____	Nombre: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____	Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____	Número de Teléfono: _____
Correo Electronico: _____	Correo Electronico: _____

SECCIÓN 2: DETALLES DEL INCIDENTE

DENUNCIA DE ACCESIBILIDAD	DISCRIMINACION BASADA EN DISCAPACIDAD
1) Fecha, si existe, del presunto incidente de accesibilidad: _____	1) Fecha, si existe, del presunto incidente de discapacidad: _____
2) Ubicación de incidente de accesibilidad: Servicio de Transporte: _____	2) ¿Has presentado esta denuncia con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o cualquier corte federal o estatal? ¿SI? _____ ¿NO? _____
Parada de Autobús: _____	3) Si la respuesta es sí, favor de proporcionar la información de contacto de la agencia/corte donde se presentó la denuncia: Nombre de Agencia/Corte: _____ Domicilio: _____ _____
Número o ruta de autobús: _____	Número Telefónico: _____
Otro: _____	4) Si la respuesta es sí, favor de proporcionar el numero de la denuncia, si lo sabe: _____
3) Describir en detalle el incidente en la SECCION 3	5) Describir en detalle el incidente en la SECCION 3



Formulario para Reclamo ADA

SECCIÓN 3: DETALLES DEL EVENTO

PROBLEMA de ACCESIBILIDAD: Si hay un problema de accesibilidad, por favor explicar cómo, cuándo, dónde y por qué cree que en IVT o IVT ACCESS no hay accesibilidad a las personas con discapacidades. Puede adjuntar páginas adicionales si se requiere espacio adicional. También puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que crea que sea relevante a su reclamo.

DISCRIMINACIÓN BASADA EN DISCAPACIDAD: En caso de la presunta de discriminación por discapacidad, por favor de presentar todos los hechos y **quién** cree el responsable de la discriminación. Presente todos los detalles y circunstancias de la presunta discriminación que ayude a ICTC investigar su reclamo. Incluya detalles específicos: fechas, tiempos, servicio de autobús, números de ruta, números de autobús y ubicaciones. Puede adjuntar páginas adicionales si **se** requiere espacio adicional. También puede agregar cualquier material escrito u otra información que crea **que** sea relevante a su queja.

SECCION 4: FIRMA

Firma del Demandante: _____ Fecha: _____