



ADA – Procedimientos De Quejas De Derechos Civiles

COMO PRESENTAR UNA QUEJA DE ADA

En acuerdo con El Acta de Americanos con Discapacidad del Departamento de Transportación (ADA) de 1990, según enmendada, Gold Coast Transit District (GCTD) se compromete a garantizar que ningún individuo sea excluido de la participación en, o sea negado los beneficios de sus servicios a base de discapacidad.

Para más información sobre como presentar una queja, incluyendo como obtener el "Formulario de Reclamación de ADA" hable al 805-483-3959, visite el sitio web de GCTD en www.gctd.org, o visite la Oficina Administrativa de GCTD en 1901 Auto Center Drive Oxnard, CA 93036-7966.

El "Formulario de Reclamación de ADA " se puede usar para detallar el reclamo, pero no es obligatorio. GCTD proporcionará asistencia adecuada a los reclamantes que tienen una capacidad limitada para comunicarse en inglés.

COMO PROCESA GCTD LAS QUEJAS DE ADA

Todas las quejas que alegan la discriminación a base de discapacidad de un servicio de tránsito o beneficio provisto por GCTD serán investigadas de inmediato. GCTD acusará recibo de la queja por escrito dentro de diez (10) días hábiles. Al recibir la información requerida, la investigación normalmente se completará con noventa (30) días de recibo. Si información adicional es requerida para investigar la queja, GCTD puede presentar una solicitud por escrito al denunciante para proporcionar información adicional. La solicitud contendrá una fecha límite para enviar la información adicional. El recibo de la información relevante adicional puede ampliar el tiempo de la resolución de la queja.

Las divisiones operativas o departamentos administrativos de GCTD responsables investigan todas las quejas. El Director General de GCTD determinará si la queja puede ser cerrada administrativamente o si se necesita una respuesta final por escrito. Si se necesita una respuesta final por escrito, GCTD enviará la respuesta al denunciante. La respuesta escrita notificará al denunciante que hubo violaciones y esfuerzos están en curso para corregirlos o que el archivo será cerrado porque la investigación no descubrió ninguna violación.

El denunciante también será informado de su derecho a apelar la respuesta a las autoridades federales y estatales, según correspondan. El derecho del individuo a una resolución pronta y equitativa de una queja se verá afectado por su búsqueda de otros remedios. El uso de este proceso de reclamo no es un requisito previo para la búsqueda de otros remedios.

GOLD COAST TRANSIT DISTRICT

Formulario de Reclamación de ADA



Complete y envíe este formulario a: **GCTD General Manager, 1901 Auto Center Drive, Oxnard, CA 93036**

GCTD se compromete a garantizar que ningún individuo sea excluido de la participación en, o sea negado los beneficios de sus servicios a base de discapacidad, en acuerdo con El Acta de Americanos con Discapacidades del Departamento de Transportación (ADA) de 1990, según enmendada. Las quejas del Título VI deben presentarse dentro de 180 días a partir de la fecha de la discriminación alegada

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Distrito de Tránsito de Gold Coast al (805) 483-3959.

| | | |
|--|--|--|
| Nombre: | Apellido: | |
| Teléfono: | Correo Electrónico: | |
| Dirección: | Ciudad, Estado, Código Postal: | |
| Nombre de la(s) persona(s) discriminada (si no es el reclamante) | | |
| Dirección: | Ciudad, Estado, Código Postal: | |
| Fecha del Incidente(s): | | |
| ¿Ha presentado una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local? (Marque la casilla) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Indique la agencia y la información de contacto a continuación. | | |
| Nombre de la Agencia: | Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal: | |
| Teléfono: | Persona contactada: | |
| Describe el presunto incidente (s) de discriminación. Proporcione los nombres y títulos de todos los empleados de GCTD involucrados, si están disponibles. Explique qué pasó y quién cree que fue responsable. Por favor use la parte de atrás de este formulario si se requiere espacio adicional. | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| <i>Additional space on reverse...</i> | | |
| Afirmo que he leído lo anterior y doy fe que la información es verdadera y correcta de acuerdo a mi mejor conocimiento y creencia | | |
| Firma del Reclamante: | Fecha: | |