



ADA Política: Instrucciones de formulario de quejas de discriminación

Política de quejas: People For People está comprometida a proporcionar opciones de transporte seguras, confiables y accesibles para la comunidad.

Si usted tiene una queja contra People For People, alegando una discriminación de ADA - usted puede presentar una queja firmada, escrita hasta (180) días a partir de la fecha de la discriminación alegada. La queja debe incluir:

- su nombre, dirección postal, preferencia por cómo ponerse en contacto con usted (teléfono o correo electrónico).
- cómo, cuándo, dónde y por qué crees que fuiste discriminado. Incluya la ubicación, los nombres y la información de contacto de cualquier testigo.
- cualquier otra información que usted considere importantes.

Puede utilizar el formulario en la página siguiente para enviar la información de la queja. Si necesita ayuda, póngase en contacto con:

Representante de Recursos Humanos,
People For People
302 West Lincoln, Yakima, WA 98902
(509) 248-6726, Lada gratis TTY/TDD 800-606-1302 o 509-453-1302

Por favor proporcione su queja por escrito a People For People (dirección arriba). Se recomienda utilizar el correo certificado para fines de rastreo.

Cuando recibemos una queja, People For People hará todo lo posible por abordarla de manera expedita y exhaustiva. People For People le enviará una carta que reconoce la recepción de la queja en el plazo de siete (7) días. Entonces, se le puede pedir que proporcione información adicional para que la queja sea procesada. Después de que People For People haya terminado de procesar la queja, una carta de respuesta escrita final será enviada a usted.

Si usted no está satisfecho con el resultado de la queja, usted tiene el derecho a:

- apelar la decisión en el plazo de siete (7) días calendario de la recepción de la respuesta escrita final de People For People.
- presentar una queja externamente con la entidad gobernante apropiada.



PEOPLE FOR PEOPLE

Formulario de reclamación de ADA discriminación

Para obtener más espacio para responder, Adjunte hojas adicionales o utilice la parte posterior de este formulario.

1. Nombre del Reclamante: _____

2. Domicilio: _____

3. Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

4. Método de contacto preferido:

Teléfono: _____ Teléfono Opcional: _____

Correo Electrónico: _____

5. Persona discriminada (si no es el Reclamante)

Nombre: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

6. Fecha del incidente resultante de la discriminación del ADA: _____

7. Describa la discriminación de ADA lo más claramente posible: Qué sucedió y cómo fue discriminado. Indique los nombres y su información de contacto de los involucrados (si está disponible):



PEOPLE FOR PEOPLE

8. Dónde ocurrió el incidente: (ubicación, ruta del autobús, nombre del conductor, etc.)

9. Hubo testigos? Por favor proporcione su información de contacto:

Nombre: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

10. Presentó esta queja con otra agencia? _____ Si _____ No

Si usted contestó sí, por favor revise cada agencia con la que se presentó esta queja:

___ Agencia Federal ___ Corte Federal ___ Agencia Estatal ___ Corte Estatal

___ Agencia Local ___ Otro (lista: _____)

11. Proporcione la información sobre la persona de contacto de la agencia con la cual también archivó la queja:

Nombre: _____ Domicilio: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de llena: _____

12. Firme la denuncia en el espacio de abajo. Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que respalde su denuncia.

Firma del Demandante _____ Fecha _____