

Autoridad regional de tránsito de Berkshire
Preocupación/Queja Forma – ADA

Sección I:			
Name:			
Dirección:			
Teléfono (Home):		Teléfono (Trabajo):	
Dirección de correo electrónico:			
Formato accesible	Letra grande	Cinta de audio	
¿Requisitos?	TDD	Otro	
Sección II:			
¿Está usted presentando esta preocupación /complaint en su propio nombre?		Sí*	No
*Si respondiste "yes" a esta question, ve a la Sección III.			
En caso afirmativo, sírvanse facilitar la name y la relación de la persona para la que está escribiendo:			
Por favor, explique por qué ha presentado una solicitud para un tercero:			
Por favor, confirme que ha obtenido el permission de la aggrieved party si usted está presentando en nombre de un tercero.		Sí	No
Sección III:			
Creo que el discriminación que experimenté se basó en (comprobar todo lo que se aplican):			
[] Raza [] Color [] Origen Nacional			
Fecha de la supuesta disco (mes, día, año):			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucrados. Incluir la información name y contact de la(s) persona(s) quién te discriminó (si known) así como names y la información de contacto de cualquier testigo. Si se necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.			

Autoridad regional de tránsito de Berkshire
Preocupación/Queja Forma – ADA

Sección IV		
¿Ha presentado previamente una preocupación / queja de la ADA con esta agencia?	Sí	No
Sección V		
¿Ha presentado esta preocupación /complaint con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o con cualquier tribunal federal o estatal?		
[] Sí [] No		
En caso afirmativo, compruebe todo lo que se aplica:		
[] Agencia Federal:		
[] Tribunal Federal [] S tate Agencia [] Tribunal Estatal [] Agencia Local		
Sírvanse proporcionar información sobre una persona de contacto en la agencia o tribunal en el que se presentó la reclamación.		
Nombre:		
Título:		
Agencia:		
Dirección:		
Teléfono:		
Sección VI		
El nombre de la queja de la agencia es contra:		
Persona de contacto:		
Título:		
Número de teléfono:		

Usted m ay adjuntar cualquier m aterial escrito u otra información r mation que usted piensa que es relevante para su preocupación /complaint.

Firma y fecha requeridas a continuación

Firma _____ Date _____

Por favor, submit thse completa form utilizando la dirección below:

Autoridad regional de tránsito de Berkshire
Oficial de Derechos Civiles
One Columbus Avenue, Suite 201
Pittsfield, MA 01201