

Marque uno:

LCTA Bus: \_\_\_\_\_

LCTA Compartido Paseo: \_\_\_\_\_



Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

Recibido por: \_\_\_\_\_

Número del caso:: \_\_\_\_\_

## ADA Formulario de queja

LCTA es comprometidos a garantizar que nuestra implementación de transporte público servicios es totalmente compatible con título II de la American discapacidad actuar (1990) y 504 de la Ley de rehabilitación de 1973. Persona que cree allí puede ser o a (n): 1.) Accesibilidad tema (p. ej., barreras físicas) o 2.) Discriminación Base ON discapacidad puede archivo un firmado, escrito ADA queja con LCTA.

Por favor correo o entregar forma a: Autoridad de Transporte del Condado de Luzerne  
Attn: ADA cumplimiento Coordinador r  
315 Northampton St.  
Kingston, PA 18704

### Sección 1: básica información del reclamante

<u>PERSONA PRESENTANDO LA INFORMACIÓN SOBRE LA DENUNCIA</u>	<u>INFORMACIÓN SOBRE EL QUERELLANTE (solo si es diferente que la persona presentando la denuncia)</u>
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____	Ciudad/Estado/Código postal: _____
Número telefónico: _____	Número telefónico: _____
Correo electrónico: _____	Correo electrónico: _____

### Sección 2: datos de incidente

<u>DENUNCIA DE ACCESSIBILIDAD</u>	<u>DISCRIMINACIÓN BASADA EN DENUNCIA DE DISCAPACIDAD</u>
1) ¿Fecha, si existe, cuando sucedió el asunto de accesibilidad? _____	1) ¿Fecha de alegada discriminación basada en discapacidad? _____
2) Ubicación de asunto de accesibilidad: ¿Estación de autobús/Trolley? _____ ¿Parada de autobús/Trolley Stop? _____ ¿Número o ruta de autobús/Trolley? _____ ¿Otro? _____	2) ¿Has presentado esta denuncia con cualquier otra agencia federal, estatal o local; o cualquier corte federal o estatal? ¿NO? _____ ¿SÍ? _____
3) Describir en detalle el incidente al seguir en la SECCIÓN 3.	3) ¿Si es que sí, favor de proporcionar la información de contacto para la agencia/corte donde se presentó la denuncia? ¿Nombre de la agencia/corte? _____ ¿Dirección? _____ _____ ¿Número telefónico? _____

**Sección 3: eventos**

**Accesibilidad Edición:** Si allí es un accesible tema, por favor explicar cómo, , donde, y por qué creen LCTA es accesible no a personas con discapacidad. Se puede conectar adicionales páginas si espacio es necesario. Te puede también adjuntar cualquier escrito materiales o otra información que te creo que es pertinente a su queja.

**Discriminación Basado ON discapacidad:** si allí es alegado discriminación base sobre la discapacidad, por favor explicar qué sucedió y quien crees que fue responsable. Proporcionar todos los detalles, hechos pertinentes y circunstancias alrededor de la supuesta discriminación que le Ayude a LCTA investigar su queja. Específicos información incluye: fechas, veces, nombres de los empleados, ruta números, autobuses números y. Te puede adjuntar adicionales páginas si espacio es necesario. Te puede adjuntar también cualquier escrito materiales o otra información que creo que es importante a su queja.

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Sección 4: firma**

Firma del querellante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 5: MEDIDAS**

**(Sólo para uso de supervisor)**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Supervisor Firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_