THE BUS
Transit Joint Powers Authority for Merced County

PARA USO DE OFICINA - COMPLAINT FOLLOW UP

DATE RECEIVED:_____ Follow Up: Call Date / Time / Contact made? Y or N:

COMPLAINT #:_____ 1st Call:_____/_____/_____

REVIEWED BY: _____ 2nd Call:_____/_____/ _____

3rd Call:_____/_____/_____

COMENTARIO / COMPLEMENTO / RECLAMO

PASO 1

NOMBRE:	FECHA:	NÚMERO DE TELÉFONO / CORREO ELECTRÓNICO:	
DOMICILIO:		CIUDAD:	ESTADO: CÓDIGO POSTAL:
SITIO DEL INCIDENTE:			
FECHA DEL INCIDENTE:		HORA:	RUTA: # DE AUTOBUS:
NOMBRE/DESCRIPCIÓN DE LA(S) PERSONA(S) INVOLUCRADA(S):			

POR FAVOR MARQUE LA CAJA APROPIADA

- ☐ COMENTARIO GENERAL/COMPLEMENTO/RECLAMO → PASE A LA SECCIÓN 1 (PÁGINA 1)
- ☐ TÍTULO VI: DESCRIMINACIÓN CONTRA RAZA, COLOR, ORIGEN, SEXO, ETC. → PASE A LA SECCIÓN 2 (PÁGINA 2)
- ☐ DEMANDA DE LA LEY DE ADA-AMERICANOS CON DISCAPACIDADES → PASE A LA SECCIÓN 3 (PÁGINA 3)

PASO 2

SECCIÓN 1 - COMENTARIO GENERAL/CUMPLIMIENTO/RECLAMO:

AYÚDENOS A COMPRENDER LA NATURALEZA DE SU COMENTARIO/CUMPLIMIENTO/RECLAMO:

→ SIGUE A PASO 3

SECCIÓN 2 - TÍTULO VI RECLAMO-DESCRIMINACIÓN EN CONTRA DE RAZA, COLOR, ORIGEN, SEXO, ETC.

CREO QUE LA DISCRIMINCAIÓN QUE EXPERIMENTE FUE BASADO EN (MARQUE LO QUE CORRESPONDA):

☐ **RAZA** ☐ **COLOR** ☐ **ORIGEN NACIONAL**

FECHA PRESUNTA DE LA DISCRIMINACIÓN (MES, DÍA, ANO):_____

¿HA PRESENTADO ANTERIORMENTE UNA QUEJA DEL TÍTULO VI CON ESTA AGENCIA (TJPAMC)? ☐ **SI** ☐ **NO**

¿HA PRESENTADO ESTA QUEJA ANTE CUALQUIER OTRO DEL ESTADA, FEDERAL O AGENCIA LOCAL O CUALQUIER CORTE FEDERAL O ESTATAL?

☐ **SI** ☐ **NO**

SI RESPONDIÓ "SI", MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDE:

☐ **AGENCIA FEDERAL:**_____ ☐ **AGENCIA ESTATAL:**_____ ☐ **AGENCIA LOCAL:**_____

☐ **CORTE FEDERAL:** _____ ☐ **CORTE DE ESTADO:** _____

POR FAVOR DE PROPORCIONAR INFORMACTIÓN ACERCA DE UNA PERSONA DE CONTACTO DE LA AGENCIA/CORTE DONDE SE PRESENTÓ LA QUEJA:

NOMBRE: _____ **TÍTULO:** _____

AGENCIA:_____ **DOMICILIO:**_____

NÚMERO DE TELÉFONO:_____

EXPLIQUE LO MÁS CLARAMENTE POSIBLE LO QUE POSO Y PORQUE CREE QUE FUE DISCRIMINADO. DESCRIBA TODAS LAS PERSONAS QUE ESTUVIERON INVOLUCRADAS, INCLUYA EL NOMBRE Y LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE LA PERSONA (S) QUE LO DISCRIMINO (SI SE CONOCE), ASÍ COMO LOS NOMBRES Y LA INFORMACIÓN DE CONTACTO CON LOS TESTIGOS. SI SE NECESITA MÁS ESPACIO POR FAVOR USE EL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.

→ **SIGUE A PASO 3**

SECCIÓN 3-ADA (AMERICANOS CON DISCAPACIDADES) RECLAMO

- → **En los casos en que el demandante no pueda proporcionar una declaración por escrito, de ser necesario, el personal de Merced The Bus ayudará a la persona a convertir los reclamos verbales en redacción y entrevistará al denunciante. El denunciante o su representante firmará todas los reclamos.**
- → **Título II de ADA-Americanos con Discapacidades de 1990 Titulo II-Servicios públicos, Sección 202: discriminación declara:**
  - Prohíbe discriminación por motivos de discapacidad por parte de "entidades públicas", las cuales consisten de programas, servicios y actividades ofrecidos por gobiernos estatales y locales. Requiere que entidades públicas procuren que sus programas, servicios y actividades sean accesibles a persona con discapacidades. Describe los requisitos para auto-evaluación y planificación; para hacer modificaciones razonables a las políticas, prácticas y procedimientos para evitar discriminación donde sea necesario; para la identificación de barreras arquitectónicas; y para comunicase eficazmente con personas con discapacidades auditivas, visuales y del habla.
- → **La ley establece requisitos específicos para el acceso a los vehículos y las instalaciones y la provisión de servicios, incluyendo servicio de para transporte por cortesía.**

PERSONA QUE PRESENTA LA:

☐ **IGUAL QUE QUERELLANTE**

PRIMER NOMBRE/APELLIDO: **NÚMERO DE TELÉFONO/CORREO ELECTRÓNICO:**

AYÚDENOS A COMPRENDER LA NATURALEZA DE SU RECLAMO:

→ **SIGUE A PASO 3**

PASO 3

POR FAVOR FIRMAR A CONTINUACIÓN (ADJUNTE CUALQUIER DOCUMENTO QUE CORRESPONDA A ESTE INCIDENTE)

FIRMA: **FECHA:**

CUALQUIER SUGERENCIA ES APRECIADA:

Un reclamo debe presentarse dentro de ciento ochenta (180) días después del incidente.

ENVÍE ESTE FORMULARIO EN PERSONA, CORREO ELECTRÓNICO O ENVÍELO POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

TRANSIT JOINT POWERS AUTHORITY FOR MERCED COUNTY
ATTN: TRANSIT MANAGER
357 W. 18TH STREET
MERCED, CA 95340
Customerservice@mercedthebus.com

FEDERAL TRANSIT ADMINISTRATION
OFFICE OF CIVIL RIGHTS
1200 NEW JERSEY AVENUE SE
WASHINGTON, DC 20590

PARA USO DE OFICINA - TJPAMC

DATE RECEIVED:_____

COMPLAINT #:_____

EMAILED:_____

REVIEWED BY:_____