

## **Sistema de tránsito de Glasgow (GTS)**

### **ADA PROCEDIMIENTO DE QUEJAS y Forma**

Se realizan adaptaciones para atender a las personas con discapacidades de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (AD A ) y la Sección 504. La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Sección 504), los Títulos II y III de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) y las leyes y reglamentos federales y estatales relacionados establecen que ninguna entidad discriminará a una persona con una discapacidad en relación con la prestación del servicio de transporte . Esta ley requiere que los receptores de ayuda federal y otras entidades gubernamentales tomen medidas afirmativas para acomodar razonablemente a los discapacitados y garantizar que sus necesidades estén representadas de manera equitativa.

Glasgow Transit System (GTS) se esfuerza por garantizar que sus instalaciones, programas y servicios estén disponibles para las personas con discapacidades de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) . Si cree que se ha violado su protección de la ADA, puede presentar una queja ante el Gerente de Tránsito de GTS . La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su cumplimiento. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Gerente de Tránsito de GTS , Lanise Coe [transit@cityofglasgow.org](mailto:transit@cityofglasgow.org) o llame al (270)629-4848 . El formulario completo debe devolverse a Glasgow Transit System (GTS), 310 W Front St, Glasgow, KY 42141 .

El procedimiento de quejas estará disponible para el público en [www.cityofglasgow.org](http://www.cityofglasgow.org)

Se proporciona una copia del formulario de queja en inglés y español en el sitio web de GTS [www.cityofglasgow.org](http://www.cityofglasgow.org) .

# Sistema de tránsito de Glasgow (GTS)

Formulario de quejas de la ADA

|  |              |                     |                |
|--|--------------|---------------------|----------------|
| <b>Sección I:</b>  |              |                     |                |
| Nombre:  |              |                     |                |
| Dirección:   |              |                     |                |
| Teléfono (Casa):   |              | Teléfono (trabajo): |                |
| Dirección de correo electrónico:   |              |                     |                |
| ¿Requisitos de formato accesible?  | Letra grande |                     | Cinta de audio |
|  | TDD          |                     | Otro           |
| <b>Sección II:</b>   |              |                     |                |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre?  |              | Sí*                 | No             |
| * Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.  |              |                     |                |
| De lo contrario, proporcione el nombre y el parentesco de la persona por la que se queja:  |              |                     |                |
| Explique por qué ha presentado una solicitud a nombre de un tercero:   |              |                     |                |
|  |              |                     |                |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero.  |              | sí                  | No             |
| <b>Sección III:</b>  |              |                     |                |
| Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):  |              |                     |                |
| [ ] Discapacidad [ ] Otro (explique) _____   |              |                     |                |
| Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año): _____   |              |                     |                |
| Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describa todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que lo discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. |              |                     |                |
| _____  |              |                     |                |
| _____  |              |                     |                |
| <b>Sección IV</b>  |              |                     |                |

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

1

|  |
|--|
| <b>Sección V</b>   |
| <p>¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tribunal Federal <input type="checkbox"/> Agencia estatal _____</p> <p><input type="checkbox"/> Tribunal estatal <input type="checkbox"/> Agencia local _____</p> |
| <p>Proporcione información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.</p>  |
| <b>Nombre:</b>   |
| <b>Título:</b>   |
| <b>Agencia:</b>  |
| <b>Dirección:</b>  |
| <b>Teléfono:</b>   |
| <b>Sección VI</b>  |
| Nombre de la agencia que presenta la queja en contra:  |
| Persona de contacto:   |
| Título:  |
| Número de teléfono:  |

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Firma y fecha requerida a continuación

\_\_\_\_\_  
Firma Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que figura a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Lanise Coe

310 W Front St  
Glasgow, KY 42141