

ADA Complaint Form

CTR TD ADA Complaint procedure follows our Public Transit Passenger complaint procedure and is available on CTR TD website (www.cityandruralrides.com)

The following information is necessary to assist us in processing your complaint.

If you require any assistance in completing this form, please contact the ADA Coordinator for CTR TD by calling 1-800-710-2277. The completed form must be returned to Central Texas Rural Transit District, P.O. Box 712, Coleman, Texas 76834.

Section I:			
Name:			
Address:			
Primary Telephone:			
Alternate Telephone:			
Email Address:			
Accessible Requirements:			
Format: Large Print	☐	Audio Tape	☐
TDD	☐	Other	☐
Section II:			
Are you filing this complaint on your own behalf?			
Yes	☐	No	☐
If you answered "Yes" to this question, go to Section III.			
if you answered "No" to this question please supply the name and relationship of the person whom you are filing the complaint for:			
Please explain why you have filed for a third party:			
Please confirm that you have obtained permission of the aggrieved party to file on their behalf. Yes ☐ No ☐			
Section III:			

I believe I was discriminated against based on (Check all that apply)

☐ Race ☐ Color ☐ National Origin ☐ Sex ☐ Age ☐ Disability

Date of alleged discrimination (Month, Day, Year) : _____

Please describe the alleged discrimination. Explain what happened and whom you believe was responsible. Describe all persons who were involved and the names and title of CTRTD employees if available as well as names and contact information of any witnesses. If more space is needed, please use the back of this form.

Section IV:

Have you previously filed a ADA with this agency?
Yes ☐ No ☐

Section V:

Have you filed this complaint with any other Federal, State, or Local agency, or with any Federal or State Court?

☐ Yes ☐ No

If yes, check all that apply:

☐ Federal Agency:

☐ State Agency:

☐ Federal Court:

☐ Local Agency:

☐ State Court:

Please provide information for a contact person at the agency/court where the complaint was filed.

Name and Title:

Agency:

Address:

Telephone:

Section VI:

Name of agency complaint is against:

Contact Person:

Title:

Telephone Number:

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Signature and date required below.

Signature

Date

If information is needed in another language, contact 1-800-710-2277

Si necesita información en otro idioma, Contacta con 1-800-710-2277

Formulario de queja de la ADA

El procedimiento de queja de CTRTD ADA sigue nuestro procedimiento de queja de pasajeros de transporte público y está disponible en el sitio web de CTRTD (www.cityandruralrides.com)

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con el Coordinador de ADA para CTRTD llamando al 1-800-710-2277. El formulario completo debe devolverse al Distrito de Tránsito Rural del Centro de Texas, P.O. Box 712, Coleman, Texas 76834.

Sección I:	
Nombre:	
Dirección:	
Teléfono principal:	
Teléfono alternativo:	
Dirección de correo electrónico:	
Requisitos accesibles:	
Formato: Cinta de audio ☐	de letra grande ☐
TDD ☐	Otros ☐
Sección II:	
¿Está presentando esta queja en su propio nombre?	
Sí ☐	No ☐
Si respondió "Sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.	
Si respondió "No" a esta pregunta, proporcione el nombre y la relación de la persona para la que está presentando la queja:	
Por favor, explique por qué ha presentado una solicitud para un tercero:	
Confirme que ha obtenido permiso de la parte agraviada para presentar una demanda en su nombre. Sí ☐ No ☐	
Sección III:	

Creo que fui discriminado en base a (Marque todo lo que corresponda)

☐ Raza ☐ Color ☐ Origen nacional ☐ Sexo ☐ Edad ☐ Discapacidad

Fecha de la presunta discriminación (mes, día, año) : _____

Sírvanse describir la presunta discriminación. Explique lo que sucedió y quién cree que fue responsable. Describa a todas las personas involucradas y los nombres y cargos de los empleados de CTRTD si están disponibles, así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.

Sección IV:

¿Ha presentado previamente una ADA ante esta agencia?

Sí ☐ No ☐

Sección V:

¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:

☐ Agencia Federal: ☐ Agencia Estatal:

☐ Tribunal Federal: ☐ Agencia local:

☐ Tribunal Estatal:

Sírvase proporcionar información para una persona de contacto en la agencia/tribunal donde se presentó la queja.

Nombre y Título:

Agencia:

Dirección:

Teléfono:

Sección VI:

Nombre de la queja de la agencia es 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 requeridas a continuación.

Fecha de firma

Si necesita información en otro idioma, llame al 1-800-710-2277

Si necesita información en otro idioma, Contacta con 1-800-710-2277