



## Formulario Para Reclamo ADA

ICTC se compromete a garantizar que la implementación de servicios de transporte público cumpla con Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades. Cualquier persona que considere haya: 1) **FALTA DE ACCESIBILIDAD** (por ejemplo, las barreras físicas) o 2) **DISCRIMINACION BASADA EN DISCAPACIDAD**, puede presentar por escrito un reclamo de ADA, firmado, con ICTC. Si usted necesita ayuda para llenar este formulario, por favor háganoslo saber.

Por favor envíe este formulario por fax, correo o entregue en persona:

ICTC 1503 N. Imperial Ave., Suite 104,  
El Centro, CA 92243  
Fax: (760) 592-4410

### **SECCIÓN 1: INFORMACIÓN BÁSICA DE LA DENUNCIA**

<u>PERSONA PRESENTANDO LA INFORMACIÓN SOBRE EL RECLAMO</u>	<u>INFORMACIÓN SOBRE EL DEMANDANTE (solo si es diferente a la persona presentando la denuncia)</u>
Nombre: _____	Nombre: _____
Domicilio: _____	Domicilio: _____
Ciudad/Estado/Código Postal: _____	Ciudad/Estado/Código Postal: _____
Número de Teléfono: _____	Número de Teléfono: _____
Correo Electronico: _____	Correo Electronico: _____

### **SECCIÓN 2: DETALLES DEL INCIDENTE**

<u>DENUNCIA DE ACCESSIBILIDAD</u>	<u>DISCRIMINACION BASADA EN DISCAPACIDAD</u>
1) Fecha, si existe, del presunto incidente de accesibilidad: _____	1) Fecha, si existe, del presunto incidente de discapacidad: _____
2) Ubicación de incidente de accesibilidad: Servicio de Transporte: _____ Parada de Autobús: _____ Numero o ruta de autobús: _____ Otro: _____	2) ¿Has presentado esta denuncia con cualquier otra agencia federal, estatal o local, o cualquier corte federal o estatal? ¿SI? _____ ¿NO? _____ 3) Si la respuesta es sí, favor de proporcionar la información de contacto de la agencia/corte donde se presentó la denuncia: Nombre de Agencia/Corte: _____ Domicilio: _____ Número Telefónico: _____ 4) Si la respuesta es sí, favor de proporcionar el numero de la denuncia, si lo sabe: _____
3) Describir en detalle el incidente en la SECCION 3	5) Describir en detalle el incidente en la SECCION 3

Firma del Demandante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_