



PEOPLE FOR PEOPLE

Trabajando Juntos,
Cambiando Vidas

DISCRIMINACIÓN ADA INSTRUCCIONES DEL FORMULARIO DE DENUNCIA

POLÍTICA DE QUEJAS: People For People se compromete a proporcionar opciones de transporte seguras, confiables y accesibles para la comunidad.

Si tiene una queja contra People For People, alegando una discriminación ADA, puede presentar una queja por escrito y firmada hasta ciento ochenta (180) días a partir de la fecha de la supuesta discriminación. La denuncia debe incluir:

- » Su nombre, dirección postal y preferencia sobre cómo contactarlo (teléfono o correo electrónico).
- » Cómo, cuándo, dónde y por qué cree que fue discriminado. Incluya la ubicación, los nombres y la información de contacto de los testigos.
- » Otra información que considere relevante.

Puede usar el formulario en la página siguiente para enviar la información de la queja.

Si necesita ayuda, comuníquese con un:

Human Resource Representative
People For People
302 West Lincoln, Yakima, WA 98902
(509) 248-6726, número gratuito de TTY/TDD 800-606-1302 o 509-453-1302

Envíe su queja por escrito a People For People (dirección arriba). Se recomienda que utilice correo certificado para facilitar el rastreo.

Una vez que se recibe una queja, People For People hará todo lo posible para atenderla de manera rápida y completa. People For People le enviará una carta acusando recibo de la queja dentro de los siete días. Luego, se le puede pedir que proporcione información adicional para que se procese la queja. Después de que People For People haya completado el procesamiento de la queja, se le enviará una carta de respuesta final por escrito.

Si no está satisfecho con el resultado de la queja, tiene derecho a:

- » Apelar la decisión dentro de los siete días calendario posteriores a la recepción de la respuesta final por escrito de People For People.
- » Puede presentar una queja externa ante la entidad de gobierno apropiada



PEOPLE FOR PEOPLE

Trabajando Juntos,
Cambiando Vidas

DISCRIMINACIÓN ADA FORMULARIO DE DENUNCIA

Si necesita espacio adicional para responder preguntas, adjunte hojas de papel adicionales o use el reverso de este formulario.

Nombre del denunciante: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Método de contacto preferido:

Teléfono: _____ Teléfono opcional: _____

Correo electrónico: _____

Persona discriminada (si no es el denunciante):

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha del incidente que resultó en discriminación según la ADA: _____

Describa la discriminación de la ADA lo más claramente posible: qué sucedió y cómo fue discriminado. Indique los nombres y la información de contacto de las personas involucradas (si está disponible):

Dónde ocurrió el incidente: (ubicación, ruta del autobús, nombre del conductor, etc.)

¿Hubo testigos? Proporcione su información de contacto:

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

¿Presentó esta queja con otra agencia? _____ Si _____ No

Si respondió que sí, marque cada agencia ante la que se presentó esta queja:

_____ Agencia Federal _____ Corte federal _____ Agencia del estado _____ Tribunal estatal

_____ Agencia local _____ Otro (lista: _____)

Proporcione información sobre la persona de contacto de la agencia ante la que también presentó la queja:

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono: _____ Fecha archivado: _____

Firme la queja en el espacio a continuación. Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que respalde su queja.

Firma del denunciante

Firma Fecha