

# Bay County Public Transit System

## Formulario de Queja ADA

Por favor, proporcione la siguiente información para procesar su queja. La asistencia está disponible bajo petición. El formulario completado debe ser devuelto a:

Sistema de Tránsito Público del Condado de Bay  
1010 Cone Avenue Ciudad de Panamá, Florida 32401  
A la atención de: Sandra Culbreth, Coordinador de ADA  
Teléfono (850) 248-8161  
O envíe un correo electrónico a [sculbreth@baycountyfl.gov](mailto:sculbreth@baycountyfl.gov)

<b>Denuncia de discriminación</b>			
El título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades requiere que el Condado Bay TPO hacer instalaciones de tránsito, programas y servicios accesibles a las personas con discapacidad, de conformidad con las normas de la ADA. Si usted siente que no han podido acceder a un centro de tránsito, programa o servicio debido a una falta de accesibilidad o que ha sido discriminado debido a su discapacidad, por favor complete el siguiente formulario o póngase en contacto con el coordinador de ADA, Sandra Culbreth, al (850) 248-8161, <a href="mailto:sculbreth@baycountyfl.gov">sculbreth@baycountyfl.gov</a> .			
<b>Sección I:</b>			
Nombre Del Demandante:			
Dirección Del Demandante:			
Teléfono (Casa):	Teléfono (Trabajo):	Dirección De Correo Electrónico:	
Requisitos formato accesible:	<input type="checkbox"/> Letra Grande	<input type="checkbox"/> TDD	<input type="checkbox"/> Audio Tape <input type="checkbox"/> Otro
<b>Sección II:</b>			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre? <input type="checkbox"/> Si* <input type="checkbox"/> No			
*Si usted contestó "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
Si no es así, por favor provea el nombre y la relación de la persona a la que usted se está quejando por:	Nombre:	Relación:	
Por favor, explique por qué usted ha presentado por una tercera persona:			
Por favor, confirma que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada, si usted está presentando en nombre de un tercero: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No			
<b>Sección III:</b>			
Creo que la discriminación que experimenté fue basado en (marque todo lo que corresponda):			Fecha de la Discriminación Presunta:
<input type="checkbox"/> Acceso físico	<input type="checkbox"/> Animales de servicio	<input type="checkbox"/> Denegación de servicios/negative a admitir	
<input type="checkbox"/> Intérprete/Asistencia sabe Auditiva	<input type="checkbox"/> Represalia	<input type="checkbox"/> Otros o no	

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que ha sido discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que lo discriminó (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo.

Puede adjuntar cualquier material escrito o cualquier otra información que considere relevante para su reclamación.

Por la presente juro / afirmo que la información que he proporcionado con respecto a esta queja ADA es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

Fecha de firma:

Autor(s) demandante(s) o los representantes de la firma: