Basin Transit Service

Klamath Falls, Oregon

Formulario de Queja según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)
De acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)

Sección I: Información del Denunciante

Nombre completo:

Dirección:

Ciudad, Estado, Código Postal:

Número de teléfono:

Correo electrónico:

Método de contacto preferido:
☐ Teléfono ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal

Sección II: Información del Incidente

Fecha del incidente:

Hora del incidente:

Ubicación (parada, número de autobús, ruta, etc.):

Nombre(s) del(los) empleado(s) involucrado(s), si se conocen:

Descripción del incidente y cómo violó los requisitos de la ADA:
(Por favor, incluya la mayor cantidad de detalles posible)

Sección III: Acción Solicitada

¿Qué acción o solución espera recibir?

Sección IV: Información de Testigos (si aplica)

Nombre del testigo:

Información de contacto:

Breve descripción de lo que observó el testigo:

Sección V: Firma

Firma del denunciante:

Fecha:

Instrucciones para el Envío:

Por favor, envíe este formulario completo a través de uno de los siguientes métodos:

Correo postal:
Basin Transit Service
1130 Adams St
Klamath Falls, OR 97601

Correo electrónico:

cuencatransit.com

Para preguntas o asistencia con este formulario, llame a:
Basin Transit Service: 541-883-2877