

Jaunt Formulario de Queja ADA Discriminación

Por favor proporcione la siguiente información con el fin de procesar su queja. La asistencia está disponible a petición. Complete este formulario y correo o entrega a:

Oficial de ADA, Jaunt, 104 Keystone Place, Charlottesville VA 22902

Se puede llegar a nuestra oficina de lunes a viernes de 8:30 am a 4:30 pm al 434.296.3182, o se puede enviar por correo electrónico el Oficial de Cumplimiento Jaunt ADA en ada@ridejaunt.org

Nombre del reclamante: _____

Dirección: _____

Ciudad:_____ **Estado:**_____ **Código postal:**_____

Teléfono (Inicio):_____ **(Negocio):**_____

Dirección de correo electrónico:_____

Persona discriminada (si no es demandante):

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ **Estado:**_____ **Código postal:**_____

Teléfono no.:_____

El nombre y la dirección de la agencia, institución o departamento que usted cree que lo ha discriminado.

Nombre:_____

Dirección:_____

Ciudad:_____ **Estado:**_____ **Código postal:**_____

Fecha de los hechos que resulta en la discriminación:_____

Describe cómo fue discriminado. Lo que pasó y quién fue el responsable? Si se necesita espacio adicional, por favor utilice o bien el reverso del formulario o adjuntar hojas adicionales a la forma.

¿Esta queja involucra a un individuo específico (s) asociado con Jaunt? En caso afirmativo, indique el nombre (s) de la persona (s), si se conoce.

¿De dónde vino el incidente ocurrió?

¿Hay algún testigo? Si es así, por favor proporcione su información de contacto:

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Teléfono no.: _____

Nombre: _____
Dirección: _____
Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código postal:** _____
Teléfono no.: _____

Firme la demanda en el espacio a continuación. Adjunte los documentos que considere apropiado para respaldar su reclamo.

Firma del reclamante

Fecha de firma