

# FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ADA

Cualquier persona que crea que ha sido discriminado por ARCH o cualquiera de sus empleados / proveedores, y cree que la discriminación se basó únicamente en su discapacidad, puede presentar una queja ante ARCH.

Proporcione la siguiente información para procesar su queja. Envíe, envíe o envíe este formulario por correo electrónico a: Administración de ARCH, 1550 W. Colter Street, Phoenix, AZ 85015. Hay formatos alternativos disponibles a pedido. Puede comunicarse con la Administración de ARCH llamando al 602-230-2226 / TTY: 7-1-1 o por correo electrónico [vera\\_martinez@archaz.org](mailto:vera_martinez@archaz.org)

<b>Sección I: Información del cliente</b>		
Nombre:		
Habla a:		
Ciudad:	Estado: AZ	Código postal:
Teléfono del trabajo:	Hogar:	Célula:
Dirección de correo electrónico:		
<b>Sección II</b>		
¿Está presentando esta queja en su propio nombre? (En caso afirmativo, vaya a la sección III) Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
Nombre de la persona para la que presenta la queja:		Relación:
Explique por qué ha presentado en nombre de un tercero:		
<b>Sección III: Información del incidente</b>		
Describa su queja: incluya detalles específicos como nombres, fechas, horarios, nombres de testigos e información de contacto, y cualquier otra información que pueda ayudar a ARCH en la investigación de sus acusaciones. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este documento. Puede adjuntar cualquier material escrito adicional o información que considere relevante para su queja.		
Fecha del supuesto incidente: (mm/dd/yyyy):	Hora: am/pm	Ciudad:
Ubicación:	Vehículo involucrado (si lo hay):	
Nombre del personal:	Descripción del personal:	
Tipo de servicio: Programa <input type="checkbox"/> Excursión <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>		
<b>Sección IV: Administración</b>		
¿Ha presentado esta queja ante la Administración Federal de Tránsito (FTA)? sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
En caso afirmativo, proporcione el número de queja:	Queja de ADA presentada anteriormente con esta agencia: SÍ NO	

Firma (requerido)

Fecha

