

Petición de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades [ADA] para Modificación Razonable de Servicios de Transporte Público

Y

Queja/Formulario de Apelación

El Sistema de Tránsito de Sioux City [SCTS] está comprometido con asegurar que ninguna persona sea excluida de participar, o se le niegue/le sea negados los beneficios de los servicios de transporte público. Este formulario asiste con cumplimiento del código 49 Códigos de las Regulaciones Federales parte 27, no discriminación en base a discapacidad, en programas o actividades que reciben ayuda federal y parte 37, servicios de transporte para individuos con discapacidades [ADA]. Este formulario constituye las maneras y procedimientos formales para incorporar estándares adecuados de proceso debido y proveer la resolución inmediata y equitativa de quejas que aleguen cualquier acción prohibida por 49 CFR Partes 28, 37 y 39.

La siguiente información es necesaria para ayudar a SCTS para procesar su Petición de Modificación Razonable, su queja con la ADA o una apelación a una decisión previamente decidida. Si usted requiere asistencia para completar este formulario, por favor contacte la Oficina Administrativa de Tránsito de Sioux City llamando al (712) 279-6405 o TTY (712) 279-0177.

TIEMPO: Se deberá tomar una decisión en el plazo de dos (2) días hábiles después de recibir un formulario completado a su totalidad. Si SCTS requiere más información o una aclaración, la decisión podrá retrasarse.

NECESIDAD INMEDIATA DE DECISIÓN: Si la naturaleza de y el contexto de la petición de modificación razonable es inmediata, por ejemplo, hecho por el operador de el autobús antes de abordar un autobús o al recorrer una ruta fija, se tomará una decisión inicial inmediata, normalmente con el operador presente. Se reportara la decisión al personal administrativo de SCTS. Se preparará un resumen por escrito por el operador. El individuo que solicita la modificación es responsable de contactar al SCTS después de la acción o viaje para poder hacer la petición de manera formal y permanente en su caso.

APELACIÓN: La apelación de una resolución de queja ADA o decisión de modificación de servicio usa este mismo formulario en la sección 3.

NOMBRE: _____

DIRECCIÓN: _____

CIUDAD / ESTADO / CÓDIGO POSTAL: _____
TELÉFONO DE DÍA, CELULAR O LINEA FIJA: _____
CORREO ELECTRÓNICO (de haberlo): _____

El formulario completado deberá ser entregado a:

Sistema de Transito de Sioux City

Atentamente: Supervisor de operaciones

509 Nebraska Street, P.O. Box 447

Sioux City, Iowa 51102-0447

1. PETICION PARA MODIFICACIÓN DE SECCIÓN

A) PORFAVOR DESCRIBA Y DEFINA SU PETICIÓN DE LA FORMA MAS ESPECIFICA POSIBLE PARA MODIFICACIÓN DE SERVICIO PÚBLICO DE TRÁNSITO, POLÍTICA, PROCEDIMIENTO, PROVISION DE SERVICIOS, FORMA, OTRA:

B) ¿PORFAVOR IDENTIFIQUE LA FORMA DE SERVICIO (RUTA FIJA O PARATRÁNSITO), LA/LAS RUTA(S) FIJA(S), EL/LOS DÍA(S) DE LA SEMANA Y LA HORA(S) CUANDO LA MODIFICACIÓN SERIA REQUERIDA?

C) PORFAVOR PROPORCIONE CONTEXTO Y RAZONES DETALLADAS PARA APOYAR SU NECESIDAD DE UNA MODIFICACIÓN.

FIRMA: _____ FECHA: _____

USO DEL PERSONAL DE SCTS:

RECIBIDO POR: _____ FECHA: _____

2. SECCIÓN DE QUEJAS

PORFAVOR DESCRIBA LA NATURALEZA Y LAS REZONES DE SU QUEJA:

UBICACIÓN:

FECHA DEL INCIDENTE:

HORA DEL DÍA:

TESTIGOS:

NOMBRE Y/O TÍTULO DEL EMPLEADO DE SCTS, en su caso.

¿HA COMPLETADO LA DENUNCIA FORMAL CON ALGUNA OTRA AGENCIA FEDERAL, ESTATAL O LOCAL EN CUANTO A SU QUEJA?

SI ES ASÍ, PORFAVOR DE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ESA AGENCIA

YO DECLARO QUE HE DESCRITO CON EXACTITUD EL CARGO ANTERIOR Y LO HE LEÍDO. ES VERDAD A MI MEJOR CONOCIMIENTO

FIRMA DEL DENUNCIANTE: _____ FECHA: _____

USO DEL PERSONAL DE SCTS:

RECIBIDO POR: _____ FECHA: _____

3. SECCION DE APELACION

SELECCIONE UNA: YO ESTOY APELANDO UNA QUEJA.

YO ESTOY APELANDO UNA DECISIÓN DE UNA MODIFICACION RESONABLE

POR FAVOR DESCRIBA Y DEFINA SU APELACION DE FORMA MAS ESPECIFIAMENTE POSSIBLE.

¿EN SU OPINION, QUE DETERMINANTE(S) CON RESPECTO A LA POLÍTICA, PROCEDIMIENTO, PROVISION DE SERVICIOS DE SCTS, U OTROS FACTORES NO HAN SIDO CONSIDERADOS?

¿POR QUE LA RESOLUCION DE QUEJAS O MODIFICACION DE DECISION NO ES JUSTA O EQUITATIVAMENTE DETERMINADA?

YO AFIRMO QUE HE DESCRITO CON EXACTITUD EL CARGO ANTERIOR Y LO HE LEÍDO. ES VERDAD A MI MEJOR CONOCIMIENTO

FIRMA : _____ FECHA: _____

USO DEL PERSONAL DE SCTS:

RECIBIDO POR: _____ FECHA: _____