

TRINITY METRO

ADA 불만제기 양식

미국 장애인법 1990 (ADA)에 의거, 장애가 있는 사람은 누구도 장애를 근거로 어떠한 Trinity Metro 프로그램, 서비스 또는 활동에서 참여에서 배제되거나, 혜택 수혜가 거부되거나, 차별의 대상이 되어서는 안 됩니다. ADA를 근거로 불만 제기를 하시려면 이 양식을 작성하여 다음으로 제출하세요:

ATTN: ADA Compliance Officer
Trinity Metro
801 Grove St.
Fort Worth, TX 76102

또한 다음 주소로 이메일 발송할 수도 있습니다: compliance@ridetm.org.

A. 불만 정보

이름

낮 시간 전화

이메일 주소

우편주소

시/군

주

ZIP 코드

접근가능 양식 필요사항 (해당할 경우)

- 큰 글씨 TDD 오디오 테이프 기타: _____

B. 당사자/제3자 정보

자기 번호에 의해 당신 자신이 불만을 제기한다면 섹션 C에서 계속하세요.

이름

불만 제기인과의 관계

불만 제기인을 대리하여 제기 내용을 간단하게 설명하시기 바랍니다:

고통받은 당사자가 당신에게 자신을 대리하여 제소하도록 허락했습니까? 예 아니오



C. 불만 근거

진술인이 차별당한 날짜 (일/월/년)

어떤 일이 일어났으며, 당신이 왜 차별받았다고 생각하는지 최대한 분명하게 설명하시기 바랍니다. 관련된 모든 사람들을 기술하세요. 당신에게 차별한 사람(들)의 이름과 연락 정보를 (안다면) 작성하시고, 증인이 있다면 그 사람들의 이름과 연락 정보도 포함하세요. 작성할 용지가 더 필요하다면 이 양식의 뒷면을 사용하든지, 다른 종이를 사용하세요.

D. 항변인 제기 연락처

이전에 어떠한 불만이라도 TRINITY METRO에 제기한 적이 있습니까? ○ 예 ○ 아니오

예 아니오

당신은 이 학번을 여하한 다른 목적, 즉, 또는 연방 기관 또는 법원에 제기한 적이 있습니까? ○ 예 ○ 아니오

○ 예 ○ 아니오

예라고 답했다면 해당되는 곳에 모두 체크하십시오. 로컬 기관 주 기관 연방 기관 주 법원 연방 법원

기관/법원 연락처 명칭

기관/법원 연락처 직책/역할

연락처 전화

기관/법원 명칭

우편주소 (알 수 없다면 공란으로 두세요)

시|E|

주

ZIP 코드

당신의 불만 제기와 관련된다고 생각되는 것이 있다면 서면 작성 자료 또는 이 밖의 정보를 모두 첨부하실 수 있습니다.

불만 제기인 서명

날짜



TRINITY METRO
ADA 불만제기 양식

작성된 양식은 다음 주소로 이메일 발송해 주세요:

COMPLIANCE@RIDETM.ORG

또는 다음 주소로 우편 발송:

ATTN: ADA COMPLIANCE OFFICER
TRINITY METRO
801 GROVE ST.
FORT WORTH, TX 76102

공무에만 사용

법원 구역:

사건 발행일 또는 이후 180일 이내

종료:



1 – 종료 통지서



2 – 판정 통지서



3 – 행정부 (FC)



4 – 행정부 (CW)



801 Grove Street | Fort Worth, Texas 76102 | 817.215.8700 | RIDE**TRINITYMETRO**.org