



Date Complaint Received	Complaint Number
-------------------------	------------------

## Midland Odessa Urban Transit District Formulario de queja ADA

La Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) estipula que ninguna persona con discapacidad, por motivos de discapacidad, será excluida de la participación en, se le negarán los beneficios de, ni será objeto de discriminación bajo ningún programa, servicio o servicio de MOUTD. actividad.

Si tiene una queja bajo la ADA, complete este formulario y envíelo a MOUTD, ADA Compliance Officer, P.O. Box 60808, Midland, TX 79711 o en ADA@ez-rider.org.

### I. INFORMACIÓN QUERELLANTE

Nombre	
Dirección	
Ciudad – Estado – Código Postal	
Teléfono	Dirección de correo electrónico
¿Requisitos de formato accesible? <input type="checkbox"/> Letra grande <input type="checkbox"/> TDD <input type="checkbox"/> Cinta de audio <input type="checkbox"/> Otro	

### II. INFORMACIÓN PRIMARIA / DE TERCEROS

<p>¿Está presentando esta queja en su propio nombre?</p> <p><input type="checkbox"/> SI → Si respondió "SÍ" a la pregunta, vaya a la Sección III.</p> <p><input type="checkbox"/> NO → Si respondió "NO" a la pregunta, responda las siguientes preguntas:</p>
<p>a. Por favor, indique el nombre y la relación de la persona por la que se está quejando.</p>
<p>b. Por favor, explique por qué ha solicitado un tercero.</p>
<p>c. Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte perjudicada si está presentando nombre de un tercero. <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p>

### III. BASE DE QUEJAS

Fecha de presunta discriminación (mes, día, año)
Explique con la mayor claridad posible qué sucedió y por qué cree que fue discriminado. Describe a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la persona (s) que lo discriminó (si lo conoce), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, use el reverso de este formulario o una hoja de papel por separado.

### IV. CONTACTOS PARA PRESENTAR QUEJAS

¿Ha presentado anteriormente una queja ADA con MOUTD? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Ha presentado esta queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local o ante cualquier tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO     En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: <input type="checkbox"/> Agencia Federal <input type="checkbox"/> Agencia del estado <input type="checkbox"/> Agencia local <input type="checkbox"/> Corte federal <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal
Proporcione información para una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.
Nombre:
Título:
Agencia:
Ciudad – Estado – Código Postal:
Teléfono :

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su reclamo.

---

Firma del demandante

Fecha

Envíe este formulario en persona a la dirección que se encuentra a continuación o envíe por correo este formulario a:

Midland Odessa Urban Transit District  
ATENCIÓN: oficial de cumplimiento ADA  
10300 Younger Rd.  
Midland, TX 79706

También puede enviar este formulario por correo electrónico a: [ADA@ez-rider.org](mailto:ADA@ez-rider.org)

**USO DE OFICINA SOLAMENTE**

Jurisdiction: on or before 180 days post event	_____
Closure:	_____
<input type="checkbox"/> 1 – Closure Letter	_____
<input type="checkbox"/> 2 – Letter of Finding	_____
<input type="checkbox"/> 3 – Administrative (FC)	_____
<input type="checkbox"/> 4 – Administrative (CW)	_____
Appeal: 10 days post receipt date of Closure Letter or Letter of Finding	_____