



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

Midland Odessa Urban Transit District Hqt o wnctkq" fg" swglc" CFC

Nc" Ng{ " fg" Guvcfqwpkfgpugu" eqp" Fkuecrcekfcf" fg" 3; ;2" *CFC+" guvkrwnc" swg" pkpiwpc" rgtuqpc" eqp" fkuecrcekfcf." rqt" o qvxxqu" fg" fkuecrcekfcf." ugt" gzenwkfc" fg" nc" rctvkekrcek»p" gp." ug" ng" pgict" p" nqu" dgpghkekqu" fg." pk" ugt" qdlgvq" fg" fkuecrcekfcf" dclq" pkpiwpc" rtqitc" o c." ugtxkekq" q" ugtxkekq" fg" OQWVF0" cevxxkfcf0

Uk" vkgpg" wpc" swglc" dclq" nc" CFC." eq o rnvvg" guvg" hqt o wnctkq" { " gp" MOUTD, ADA" Compliance Officer, P.O. Box 60808, Midland, TX 79711 q"gp 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"/> SÍ → 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"/> SÍ <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

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	_____