



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ADA

Henderson Area Rapid Transit (HART)

Se hacen adaptaciones para atender a personas con discapacidades de conformidad con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) y la Sección 504. La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (Sección 504), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA) y las leyes federales y Las leyes y reglamentos estatales prohíben la discriminación contra las personas con discapacidad. Estas leyes requieren que los beneficiarios de ayuda federal y otras entidades gubernamentales tomen medidas afirmativas para acomodar razonablemente a los discapacitados y garantizar que sus necesidades estén representadas de manera equitativa.

Henderson Area Rapid Transit (HART) se esfuerza por garantizar que sus instalaciones, programas y servicios estén disponibles para las personas con discapacidades de acuerdo con la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA). Si cree que se ha violado su protección ADA, puede presentar una queja ante el Coordinador ADA de HART. La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con la coordinadora de HART ADA, Connie Galloway, llamando al (270) 831-1200. El formulario completado debe devolverse a Henderson Area Rapid Transit, P.O. Box 716, Henderson, KY 42419-0716.

Fecha del supuesto incidente:	Tu nombre:
Teléfono:	Teléfono alternativo:
Dirección:	Ciudad (*): Estado (*): Código postal:
Persona (s) discriminada (si alguien que no sea el demandante):	
Nombre (s):	
Ciudad (*): Estado (*): Código postal:	

Describa el supuesto incidente de discriminación. Proporcione los nombres y títulos de todos los empleados de HART involucrados, si están disponibles. Explica qué sucedió y de quién crees que fue responsable. Envíenos el reverso de este formulario si necesita espacio adicional.

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN ADA
The Henderson Area Rapid Transit (HART)

¿Ha presentado una queja ante otras agencias federales, estatales o locales? Si No
Si es así, enumere la agencia / agencias y la información de contacto a continuación:

Agencia:	Nombre de contacto:
Ciudad (*): Estado (*): Código postal:	Teléfono:
Agencia:	Nombre de contacto:
Ciudad (*): Estado (*): Código postal:	Teléfono:

Afirmo que he leído el cargo anterior y que es fiel a mi leal saber y entender.

Firma del demandante

Fecha

Escriba o escriba el nombre del demandante

Date Received:	Received By:
----------------	--------------