



PARA USO DE OFICINA- COMPLAINT FOLLOW UP	
DATE RECEIVED: _____	Follow Up: Call Date / Time / Contact made? Y or N:
COMPLAINT # : _____	1st Call: _____ / _____ / _____
REVIEWED BY: _____	2nd Call: _____ / _____ / _____
	3rd Call: _____ / _____ / _____

## COMENTARIO / CUMPLIMIENTO / RECLAMO

### Paso 1

<input type="checkbox"/> SEÑOR <input type="checkbox"/> SEÑORA		NÚMERO DE TELÉFONO / CORREO ELECTRÓNICO:	
DOMICILIO:	CIUDAD :	ESTADO:	CÓDIGO POSTAL:
UBICACIÓN DEL INCIDENTE:			
FECHA DEL INCIDENTE:	HORA:	# RUTA :	# DE AUTOBUS:
NOMBRE / DESCRIPCIÓN DE LA (S) PERSONA (S) INVOLUCRADA (S):			
↓ POR FAVOR MARQUE LA CAJA APROPIADA ↓			
<input type="checkbox"/> COMENTARIO GENERAL / CUMPLIMIENTO / RECLAMO → PASE A LA SECCIÓN 1			
<input type="checkbox"/> TÍTULO VI: DISCRIMINACIÓN CONTRA RAZA, COLOR, ORIGEN, SEXO, ETC. → PASE A LA SECCIÓN 2			
<input type="checkbox"/> DEMANDA DE LA LEY DE ADA-AMERICANOS CON DISCAPACIDADES - PASE A LA SECCIÓN 3 →PASE A LA PÁGINA ANTERIOR			

### PASO 2

#### SECCIÓN 1 - COMENTARIO GENERAL / CUMPLIMIENTO / RECLAMO:

AYÚDENOS A COMPRENDER LA NATURALEZA DE SU COMENTARIO / CUMPLIMIENTO / RECLAMO:

#### SECCIÓN 2 - TÍTULO VI RECLAMO-DISCRIMINACIÓN EN CONTRA DE RAZA, COLOR, ORIGEN, SEXO, ETC.

¿PRESENTÓ ESTA RECLAMO CON OTRA AGENCIA FEDERAL, ESTATAL O LOCAL?  NO  SI SELECCIONE TODO LO QUE APLIQUE:

AGENCIA FEDERAL  AGENCIA ESTATAL  AGENCIA LOCAL  TRIBUNAL FEDERAL  TRIBUNAL DE ESTADO

POR FAVOR PROPORCIONE LA INFORMACIÓN DE CONTACTO DEL TRIBUNAL O LA AGENCIA DONDE PRESENTÓ RECLAMO:

AYÚDENOS A COMPRENDER LA NATURALEZA DE SU RECLAMO:

**SECCIÓN 3-ADA (AMERICANOS CON DISCAPACIDADES) RECLAMO**

En los casos en que el demandante no pueda proporcionar una declaración por escrito, de ser necesario, la Ciudad de Visalia ayudara a la persona a convertir los reclamos verbales en redacción y entrevistará al denunciante. El denunciante o su representante firmará todas los reclamos..

→ **Título II de ADA-AMERICANOS CON DISCAPACIDADES de 1990 Título II-Servicios públicos, SECCIÓN 202: discriminación declara:**

Prohíbe discriminación por motivos de discapacidad por parte de "entidades públicas", las cuales consisten de programas, servicios y actividades ofrecidos por gobiernos estatales y locales.

Requiere que entidades públicas procuren que sus programas, servicios y actividades sean accesibles a personas con discapacidades.

Describe los requisitos para auto-evaluación y planificación; para hacer modificaciones razonables a las políticas, prácticas y procedimientos para evitar discriminación donde sea necesario; para la identificación de barreras arquitectónicas; y para comunicarse eficazmente con personas con discapacidades auditivas, visuales y del habla.

→ **La ley establece requisitos específicos para el acceso a los vehículos y las instalaciones y la provisión de servicios, incluyendo servicio de paratransporte por cortesía.**

PERSONA QUE PRESENTA LA

IGUAL QUE QUERELLANTE:

PRIMER NOMBRE / APELLIDO:

NÚMERO DE TELÉFONO / CORREO ELECTRÓNICO:

AYÚDENOS A COMPRENDER LA NATURALEZA DE SU RECLAMO:

**PASO 3**

**POR FAVOR FIRMAR A CONTINUACIÓN (ADJUNTE CUALQUIER DOCUMENTO QUE CORRESPONDA A ESTE INCIDENTE)**

FIRMA :

FECHA:

**\*\*OPCIONAL: ¿TIENE ALGUNA SUGERENCIA EN CUANTO A LA MEJOR CORRECCIÓN DE LA VIOLACIÓN?  
(CUALQUIER SUGERENCIA SERÁ APRECIADA)**

***Un reclamo debe presentarse dentro de ciento ochenta (180) días después del incidente.***

**VOLVER A:  
CIUDAD DE VISALIA  
DIVISIÓN DE TRÁNSITO  
425 E OAK AVENUE., STE 301  
VISALIA, CA 93291**

**PARA USO DE OFICINA - VISALIA TRANSIT**

**DATE RECEIVED:**

**COMPLAINT # :**

**EMAILED:**

**RECEIVED BY:**