

**Departamento de Transportación Pública del Condado de Rockland  
Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades**

**FORMULARIO DE QUEJA DE DISCRIMINACIÓN**

El Departamento de Transportación Pública del Condado de Rockland se compromete a proveer un servicio no discriminatorio para garantizar que ninguna persona sea excluida de la participación en, o se le nieguen los beneficios de, o sea objeto de discriminación en el recibo de sus servicios sobre la base de la discapacidad como está protegido por la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA).

Si tiene una queja sobre la accesibilidad de nuestro sistema de tránsito o cree que ha sido discriminado debido a su discapacidad, puede usar este formulario para presentar una queja formal. Una vez completado, devuelva una copia firmada y fechada a:

Oficial de Quejas ADA  
Departamento de Transportación Pública del Condado de Rockland  
50 Sanatorium Road, Building T  
Pomona, New York 10970  
E-mail: [Transithelp@co.rockland.ny.us](mailto:Transithelp@co.rockland.ny.us)  
Fax: (845) 364-2074

<b>1. Información del Demandante:</b>		
Nombre:		
Dirección:		
Ciudad	Estado	Código Postal
Teléfono durante el día: (      )		
Correo electrónico:		
¿Prefiere ser contactado por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>2. Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda)</b>		
<input type="checkbox"/> Cuestión de accesibilidad <input type="checkbox"/> Discriminación por discapacidad <input type="checkbox"/> Otro		
<b>3. Fecha de presunta discriminación (Mes, Día, Año):</b>		
<b>4. ¿Dónde ocurrió la presunta discriminación?</b>		



**7. ¿Ha presentado una queja ante cualquier otra agencia federal, estatal o local, o ante cualquier tribunal federal o estatal? Marque todo lo que corresponda.**

- Agencia federal (Escriba el nombre de la agencia)
- Tribunal federal (indique la ubicación)
- Tribunal estatal (indique la ubicación)
- Agencia estatal (especificar agencia)
- Tribunal del Condado (Especifique el tribunal y el condado)
- Agencia local (especificar agencia)

**8. Si marcó arriba, provee información sobre una persona de contacto en la agencia / tribunal donde se presentó la queja.**

Nombre:	Título:	
Agencia:	Teléfono: (    )	
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

Por favor firme abajo. Usted puede incluir cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

\_\_\_\_\_

Firma del demandante

\_\_\_\_\_

Fecha

Una vez que este formulario sea recibido por el Departamento de Transportación Pública del Condado de Rockland, será revisado para determinar si la queja constituye una queja de Título II y / o si hay suficiente información para una investigación. El demandante recibirá una carta de reconocimiento de recibo informándole si la queja está cubierta por el Título II y / o si se necesita más información para que se lleve a cabo una investigación de ADA. Para proteger sus derechos, su queja debe presentarse dentro de los 90 días del calendario posteriores a la fecha de la presunta discriminación.