Fairfield County Transit se compromete a garantizar que a ninguna persona se le niegue el acceso a sus servicios, programas o actividades sobre la base de sus discapacidades, según lo dispuesto en el Título VI de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990. Las quejas de la ADA deben presentarse en un plazo de 180 días a partir de la fecha del supuesto incidente.

**FORMULARIO DE QUEJAS DE LA LEY DE ESTADOUNIDENSES CON DISCAPACIDADES (ADA, POR SUS SIGLAS EN)**

La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, o si desea presentar una queja verbal, comuníquese con Fairfield County Transit System al 803-635-6177. El formulario completado puede ser devuelto al Recurso Humano del Condado de Fairfield en PO Drawer 60,Winnsboro, SC 29180. Puede enviareste formulario por fax al 803-635-5056.

Querellante

Dirección de la calle

Número de teléfono

Persona que prepara la queja (si es diferente del reclamante)

Fecha del incidente

Describa el supuesto incidente discriminatorio, incluida la ubicación, si corresponde. Proporcione los nombres y títulos de los empleados o representantes del Sistema de Tránsito del Condado de Fairfield, si están disponibles.

**PROCEDIMIENTO de Queja de ADA / Discapacidad**

Cualquier persona que crea que ella o él ha sido discriminada sobre la base de una discapacidad por el Sistema de Tránsito del Condado de Fairfield puede presentar una queja de ADA / Discapacidad completando y enviando el Formulario de Queja de ADA/ Discapacidad de la agencia.

El Condado de Fairfield investiga las quejas recibidas no más de 180 días después del supuesto incidente. El Condado de Fairfield procesará las quejas que están completas.

Una vez que se reciba el cumplimiento, el Condado de Fairfield lo revisará para determinar si nuestra oficina tiene jurisdicción. El denunciante recibirá una carta de reconocimiento informándole si la queja será investigada por nuestra oficina.

El Condado de Fairfield tiene 60 días hábiles para investigar la queja. Si se necesita más información para resolver el caso, el condado puede comunicarse con el reclamante.

El reclamante tiene 30 días hábiles a partir de la fecha de la carta para enviar la información solicitada al investigador asignado al caso.

Si el investigador no es contactado por el reclamante o no recibe la información adicional dentro de los 60 días hábiles, el condado puede cerrar administrativamente el caso. Un caso puede cerrarse administrativamente también si el reclamante ya no desea continuar con su caso.

Después de que el investigador revisa la queja, emitirá una de las dos cartas al reclamante: una carta de cierre o una carta de hallazgo.

* Una carta de cierre resume las acusaciones y afirma que no hubo una violación de ADA/Discapacidad y que el caso se cerrará.
* Una carta de hallazgo resume las acusaciones y las entrevistas sobre el supuesto incidente, y explica si se producirá alguna acción disciplinaria, capacitación adicional del miembro del personal u otra acción.

Si el reclamante desea apelar la decisión, tiene siete días naturales después de la fecha de la carta o de la carta de constatación para hacerlo.

Una persona también puede presentar una queja directamente ante la Administración Federal

de Tránsito en la Oficina de Derechos Civiles del TLC, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590.

**Formulario compatible con ADA / Discapacidad**

Fairfield County Transit System asegura que ninguna persona por motivos de una discapacidad será excluida de la participación en , se les negarán los beneficios de, o ser objeto de discriminación bajo cualquier programa o actividad, según lo proporcionado por ADA / Estadounidenses con Ley de Discapacidades que se profirmó la ley el 26 de julio de 1990.

Cualquier persona u organización que crea que ha sido víctima de discriminación basada en una discapacidad puede presentar una queja ante el Departamento de Recursos Humanos del Condado de Derechos Civiles de Fairfield.

Las quejas se pueden presentar llamando al Departamento de Res Ours de Humanos del Condado de Fairfieldal 803-712-6507. También puedepresentar el formulario dequeja a continuación y mail o dejar en:

Condado de Fairfield, Attn: ADA/ Departamentode Recursos Humanos, PO Drawer 60,Winnsboro, SC 29180.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre: | | | | | |
| Dirección: | | | | | |
| Teléfono (Hogar): | | Teléfono (Trabajo): | | | |
| Dirección de correo electrónico: | | | | | |
| ¿Requisitos de formato accesible? | Impresión grande | | Cinta de audio | | |
| Tdd | | Otro | | |
| ¿Está presentando esta queja en su propio nombre? | Sí | | | | No |
| Si no es así, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja: |  | | | | |
| Por favor, explique por qué ha presentado una solicitud para un tercero: |  | | | | |
| Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero. | Sí | | | NO | |

Explica lo más claramente posible lo que sucedió y por qué crees que fuiste discriminado. Describa a todas las personas que participaron. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona(s) que le discriminaron (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario.

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todo lo que corresponda):

• • Discapacidad - - Otros

Fecha del incidente (mes/día/año): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Firma y fecha requeridas a continuación:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de firma