QUEJA DE DISCRIMINACIÓN CONTRA LA AUTORIDAD DE TRÁNSITO REGIONAL DE MONTACHUSETT

Queja de la ADA

Nombre del demandante:	Teléfono (diurno):
Dirección:	Ciudad, Estado, Código Postal:
Nombre del Representante ante el Demandante: (si corresponde)	Relación con el demandante:
Dirección completa (del representante):	Teléfono (diurno):

Nombre (si se conoce) del personal, organización o agencia relacionada con MART que cree que lo discriminó:

Ubicación del presunto incidente:

Fecha del presunto incidente:

Usted fue discriminado por los siguientes motivos:

□ Raza	□ Color	□ Origen Nacionalidad (Idioma)	□ Status Familiar	□ Religión
□ Represalias	□ Edad	□ Sexo	□ Discapacidad	□ Otros

Proporcione un relato conciso y claro del incidente y la naturaleza de la discriminación que enfrentó. Especifique las personas involucradas y destaque cómo se trató a los demás de manera diferente a usted. Además, incluya cualquier documentación escrita relevante relacionada con su caso.

Firma: Fecha:

Para ponerse en contacto con nosotros:

Oficial del Título VI de MART:

Keary Connors ADA & Gerente de Tránsito
1427R Water Street
Fitchburg, MA 01420
978-345-7711 ext. 2274
Keary.Connors@mrta.us