

**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: ☐ Discapacidad	
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:
Coordinador(a) de ADA y Transportede MART:

Coordinador(a) de ADA y Transporte 1427R Water Street Fitchburg, MA 01420 978-345-7711 ada@mrta.us
--