

FORMULARIO DE RESOLUCIÓN DE QUEJAS EN VIRTUD DE ADA

El Distrito de Tránsito de Greater Hartford se compromete a proporcionar servicios seguros y confiables de paratransito en virtud de la Americans with Disabilities Act (ADA, Ley para Estadounidenses con Discapacidades). Utilice este formulario para enviar sugerencias, comentarios positivos o quejas. Proporcione su información de contacto para recibir una respuesta.

Customer Service Department c/o First Transit, 148 Roberts Street, East Hartford, CT 06114
(860) 724-5340 extensión 9, Hartford.Customerservice@firstgroup.com

SECCIÓN I: TIPO DE COMENTARIO (Elija uno)*			
Comentario positivo	Sugerencia	Queja	Otro (especificar):
¿Relacionado con la ADA? S/N			
SECCIÓN II: INFORMACIÓN DE CONTACTO			
Saludo [Sr./Sra./Srta., etc.]	Nombre:		
ID de conductor (si corresponde)	Dirección:		
Ciudad, estado, código postal:			
Teléfono: ()	Correo electrónico:		
Requisitos de formato accesible:	Impresión grande	Teléfonos de texto/relé	Grabación de audio Otro
¿Se necesita que la información esté en otro idioma que no sea el inglés? En caso afirmativo, indique el idioma:			
SECCIÓN III: DETALLES DE LOS COMENTARIOS			
Fecha del suceso:	Hora del suceso:	a. m./p. m.	
Asistente de movilidad utilizado (si corresponde):			
Nombre del/de los empleado(s):			
ID del vehículo/nombre o número de ruta:	Dirección de viaje:		
Lugar del incidente:			
Si desconoce la información anterior, proporcione otra información descriptiva para ayudar a identificar al empleado:			
Descripción del incidente o mensaje:			
SECCIÓN IV: SEGUIMIENTO			
¿Podemos contactarlo(a) si necesitamos más información? Sí No			
¿Cuál es la mejor forma de contactarlo(a)? (Elija una)* Teléfono Correo electrónico Correo postal			
Si prefiere que lo/la llamemos, ¿cuál es el mejor día y horario?			
SECCIÓN V: RESPUESTA DESEADA (Elija una)*			
Por correo electrónico	Por teléfono	Por correo postal de los Estados Unidos	
SECCIÓN VI: OTRAS QUEJAS PRESENTADAS			
¿Ha presentado una queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local? Sí No			
En caso afirmativo, mencione la(s) agencia(s) y la información de contacto a continuación:			
Agencia:	Nombre de contacto:		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono			
Agencia:	Nombre de contacto:		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono			