

نموذج شكوى ADA

هيئة العبور الإقليمية لمنطقة دي موين (DART)

تلتزم DART بضمان عدم استبعاد أي شخص من المشاركة في خدماتها أو حرمانها من مزاياها على أساس الإعاقة على النحو المنصوص عليه في قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة لعام 1990 (ADA). يجب تقديم شكوى ADA في غضون 180 يوماً من تاريخ الحادث المزعوم .

المعلومات التالية ضرورية لمساعدتنا في معالجة شكاوك. إذا كنت بحاجة إلى أي مساعدة في إكمال هذا النموذج، فيرجى الاتصال بمدير تجربة عملاء دارت عن طريق الاتصال بالرقم (515-283-8131) يجب إعادة النموذج المكتمل إلى دارت، مدير خدمة العملاء، 620 Cherry St. Des Moines, Iowa 50309

الهاتف النهاري:	اسم:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	عنوان الشارع:

الشخص الذي تعرض للتمييز (إذا كان شخص آخر صاحب الشكوى):

الهاتف النهاري:	اسم:
المدينة، الولاية، الرمز البريدي:	عنوان الشارع:

تاريخ الحادث: _____

وقت الحادث: _____

هل قدمت شكوى إلى أي وكالات اتحادية أو ولائية أو محلية أخرى؟ (اختر واحده)

لا

نعم

إذا كان الأمر كذلك، فقم بإدراج الوكالة / الوكالات ومعلومات الاتصال:

اسم جهة الاتصال:	وكالة:
رقم الهاتف:	عنوان:

اسم جهة الاتصال:	وكالة:
رقم الهاتف:	عنوان:

أؤكد أنني قرأت التهمة المذكورة أعلاه وهي صحيحة على حد علمي.

تاريخ _____ توقيع مقدم الشكوى _____

اسم مقدم الشكوى

تاريخ الاستلام:
تم استلامه من قبل: