



**AUTORIDAD DE TRANSPORTE DE PENNSILVANIA CENTRAL
FORMULARIO DE DEMANDA PARA ESTADOUNIDENSES CON
DISCAPACIDADES (ADA)**

La Autoridad de Transporte de Pensilvania Central (CPTA, por sus siglas en inglés) prohíbe la discriminación por motivos de discapacidad en todos sus programas y servicios. Si usted siente que ha sido discriminado/a por su discapacidad, por favor brinde la siguiente información para que podamos ayudarlo/a a procesar su demanda. Por favor, llame y consulte por el proceso de demanda para ADA o visite nuestro sitio web en www.rabbittransit.org.

Si siente que ha sufrido discriminación en los servicios de tránsito, por favor imprima y llene el siguiente formulario, fírmelo (la firma en la Sección 4 es obligatoria) y devuélvalo a:

rabbittransit (Autoridad de Transporte de Pensilvania Central)
ATN.: Jamie Leonard, Oficial de cumplimiento de la CPTA
415 Zarfoss Drive
York, PA 17404
Teléfono - (717) 846-5562
Fax - (717) 846-1232

Sección I:

Por favor, escriba en letra de imprenta y DE FORMA CLARA

1. Nombre (Demandante):

2. Dirección del hogar:

Ciudad, estado, código postal:

3. Número telefónico: _____ Dirección de email: _____

Sección 2:

1. ¿Está efectuando esta demanda a su nombre? Sí No
(Si respondió "sí" a esta pregunta, por favor diríjase a la Sección III).

2. Si respondió "no" a esta pregunta, por favor describa su relación con la persona (Demandante) para la que está completando este formulario y por qué lo está haciendo por un tercero:

3. ¿Ha obtenido permiso de la parte agraviada (Demandante) para presentar esta demanda en su nombre?
 Sí No

Sección 3:

1. Fecha del incidente: _____
2. Si cabe, brinde el/los nombre/s de la/s persona/s que supuestamente lo/a discriminó/aron:

3. Por favor, identifique en qué servicio de tránsito ocurrió esto: Ruta Fija Paratransito EXPRESO
 Otro, por favor descríbalo _____
4. Por favor, brinde una breve explicación del incidente y cómo le parece que fue discriminado/a, incluyendo cómo cree que otras personas pudieron haber recibido un trato distinto al de usted.

5. Por favor, escriba las direcciones, números telefónicos y nombres de todos los testigos a quienes podamos contactar para respaldar o aclarar su demanda.

Nombre	Dirección	Número telefónico
_____	_____	_____
_____	_____	_____
6. ¿Qué tipo de acción correctiva le gustaría que tomemos?

7. Por favor, adjunte cualquier documento que tenga que respalde el alegato. Adjuntado: Sí No
8. ¿En el pasado ha presentado alguna otra demanda para ADA ante la Autoridad de Transporte de Pensilvania Central?
 Sí No Si la respuesta es “sí”, por favor coloque la fecha del incidente. _____

Sección 4:

Firma: _____ Fecha de llenado: _____
Su nombre en letra de imprenta: _____

Recuerde: La Autoridad de Transporte de Pensilvania Central no puede aceptar su demanda sin una firma.