

Procedimientos de Quejas de la ADA

Este Procedimiento de Quejas se establece para cumplir con los requisitos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 ("ADA"). Puede ser utilizado por cualquier persona que desee presentar una queja alegando discriminación por motivos de discapacidad en la prestación de servicios, actividades, programas o beneficios por parte de Bayway.

La queja debe ser por escrito y contener información sobre la supuesta discriminación, como el nombre, la dirección, el número de teléfono del demandante y la ubicación, la fecha y la descripción del problema. Se pondrán a disposición de las personas con discapacidad, previa solicitud, medios alternativos para presentar quejas, como entrevistas personales o una grabación en cinta de la queja.

Se puede encontrar un Formulario de Queja de la ADA en el Anexo F, en formato inglés y español.

La queja debe ser presentada por el demandante y/o su designado lo antes posible, pero a más tardar 60 días calendario después de la presunta violación a:

Sandra Culbreth, Coordinadora de ADA
1010 Cone Avenue Ciudad de Panamá, Florida 32401
(850) 248-8161 teléfono
sculbreth@baycountyfl.gov

Dentro de los 15 días calendario posteriores a la recepción de la queja, el Coordinador de ADA o su designado se reunirá con el demandante para discutir la queja y las posibles resoluciones.

Dentro de los 15 días calendario posteriores a la reunión con el demandante, el Coordinador de la ADA o la persona que designe responderán por escrito y, cuando corresponda, en un formato accesible para el demandante, como letra grande, Braille o cinta de audio. La respuesta explicará la posición de Bayway y ofrecerá opciones para la resolución sustantiva de la queja.

Si la respuesta del Coordinador de ADA o su designado no resuelve satisfactoriamente el problema, el demandante y/o su designado pueden apelar la decisión dentro de los 15 días calendario posteriores a la recepción de la respuesta al Administrador del Programa de Bayway o su designado.

Dentro de los 15 días calendario posteriores a la recepción de la apelación, Bayway, el Administrador del Programa o su designado se reunirán con el demandante para analizar la queja y las posibles resoluciones.

Dentro de los 15 días calendario posteriores a la reunión, Bayway, el Administrador del Programa o su designado responderán por escrito y, cuando corresponda, en un formato accesible para el demandante, con una resolución final de la queja.

Bayway conservará todas las quejas por escrito recibidas por el Coordinador de ADA o su designado, las apelaciones a Bayway, el Administrador del Programa o su designado y las respuestas de estas dos oficinas durante al menos tres años.

Queja de Discriminación de la ADA

El Título II de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades requiere que Bayway haga que las instalaciones, los programas y los servicios de tránsito sean accesibles para las personas con discapacidades de acuerdo con los estándares de la ADA. Si siente que no ha podido acceder a una instalación, programa o servicio de tránsito debido a la falta de accesibilidad o que ha sido discriminado debido a su discapacidad, complete el formulario a continuación o comuníquese con la Coordinadora de ADA, Sandra Culbreth al (850) 248-8161 o sculbreth@baycountyfl.gov

Sección I

Recurrente(s) Nombre:

Recurrente(s) Dirección:

Teléfono (Casa):

Teléfono (Trabajo):

Dirección de Correo Electrónico:

Requisitos de Formato Accesible:

Letra Grande

TDD

Cinta de Audio

Otro

Sección II

¿Está presentando esta queja en su propio nombre?

 Sí

 No

***Si respondió " sí " a esta pregunta, vaya a la Sección III.**

De lo contrario, proporcione su nombre y relación con el demandante (por ejemplo, amigo, abogado, padre, etc.):

Nombre:

Relación:

Explique por qué ha solicitado un tercero:

Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si está presentando en nombre de un tercero:

 Sí

 No

Sección III

Creo que la discriminación que experimenté se basó en (marque todas las que correspondan):

Acceso Físico

Animal de Servicio

Servicio Denegado

Interprete

Represalia

Otro

Fecha de la Presunta Discriminación

Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que ha sido discriminado. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de la(s) persona (s) que lo discriminó (s) (si se conoce), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo.

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere relevante para su queja.

Por la presente juro / afirmo que la información que he proporcionado con respecto a esta Queja de la ADA es verdadera y correcta a mi leal saber y entender, información y creencia.

Recurrente(s) Demandante(s) Representantes de la Firma:

Fecha: