



## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ADA DISCRIMINACIÓN

<b>1. Nombre (demandante)</b>		<b>4. Personas discriminadas negativamente (si es distinta del demandante)</b>	
<b>2. Domicilio particular (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</b>		Nombre	
<b>3. Teléfono(s)</b>		Dirección	
Dirección de correo electrónico		Ciudad, Estado, Código Postal	
		Número de teléfono(s)	
<b>5. Nombre de la persona(s) involucradas, si sabe</b>	<b>6. Fecha del presunto incidente</b>	<b>7. Ubicación del presunto incidente</b>	
<b>8. Tipo de presunta discriminación</b>	<b>9. Explicar lo que sucedió y cómo usted cree que se discrimina contra usted (cómo se siente otra persona donde tratan de manera diferente de lo que) indican que se trata y explicar cuál es su función.</b>		
<b>10. Identificar plenamente cualquier persona(s) que podamos contactar para obtener información adicional de apoyo de aclarar sus denuncias [nombre, dirección, teléfono(s)]</b>			
<b>11. ¿Qué otro tipo de información tiene que sea relevante para la investigación de la denuncia?</b>			
<b>12. ¿Cómo cree usted que podría resolverse satisfactoriamente?</b>		<b>13. Si has tenido previamente esta queja con JTA, por favor especificar cuándo, dónde y cómo?</b>	
<b>Firma</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Admisión de ADA (Investigador):</b>			
Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales). Adjuntar cualquier documentación de apoyo que usted tiene.			

Dirección postal:  
JACKSONVILLE AUTORIDAD DE TRANSPORTE  
ATTN: Director del Programa de Diversidad y Equidad  
121 West Forsyth Street, Suite 200  
Jacksonville, FL 32202