



## FORT BEND COUNTY PUBLIC TRANSPORTATION ADA DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

<b>1. Nombre (demandante)</b>	<b>4. Persona discriminada (si no es el demandante)</b>	
<b>2. Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)</b>	Nombre	
<b>3. Teléfono(s)</b>	Dirección	
<b>Dirección de correo electrónico</b>	Código postal	
<b>5. Nombre de la (s) persona (s) que presuntamente discriminaron en su contra, si lo sabe</b>	<b>6. Fecha de incidente presuntamente</b>	<b>7. Ubicación del presunto incidente</b>
<b>8. Tipo de presunta discriminación</b>	<b>9. Explica qué sucedió y cómo crees que fuiste discriminado (cómo sientes que otra persona fue tratada de manera diferente a ti) Indica quién estuvo involucrado y explica su rol.</b>	
<b>10. Identifique por completo a las personas a las que podamos contactar para obtener información adicional que respalde la aclaración de sus alegaciones (nombre, dirección, teléfono)</b>		
<b>11. ¿Qué otra información tiene usted que sea relevante para una investigación de esta queja?</b>		
<b>12. ¿Cómo se pueden resolver sus problemas a su entera satisfacción?</b>	<b>13. Si ha presentado esta queja con FBCPT anteriormente, especifique cuándo, dónde y cómo.</b>	
<b>Firma</b>	<b>Fecha:</b>	
<b>Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales. Adjunte cualquier documentación de respaldo que tenga.</b>		

