



FORT BEND COUNTY PUBLIC TRANSPORTATION ADA DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

1. Nombre (demandante)	4. Persona discriminada (si no es el demandante)	
2. Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)	Nombre	
3. Teléfono(s)	Dirección	
Dirección de correo electrónico	Código postal	
5. Nombre de la (s) persona (s) que presuntamente discriminaron en su contra, si lo sabe	6. Fecha de incidente presuntamente	7. Ubicación del presunto incidente
8. Tipo de presunta discriminación	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.	
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)		
11. ¿Qué otra información tiene usted que sea relevante para una investigación de esta queja?		
12. ¿Cómo se pueden resolver sus problemas a su entera satisfacción?	13. Si ha presentado esta queja con FBCPT anteriormente, especifique cuándo, dónde y cómo.	
Firma	Fecha:	
Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales. Adjunte cualquier documentación de respaldo que tenga.		

