



ADA Complaint Form Ark-Tex Council of Governments—Rural Transit District

TRAX is committed to ensuring that no person is excluded from participation in or denied the benefits of its services on the basis of race, color or national origin, as provided by the Americans with Disabilities Act of the Civil Rights Act of 1964, as amended. ADA complaints must be filed within 180 days from the date of the alleged discrimination.

The following information is necessary to assist us in processing your complaint. If you require any assistance in completing this form, please contact the ADA Coordinator by calling 903.255.3542. The completed form must be returned to the TRAX ADA Coordinator at 4808 Elizabeth Street, Texarkana, TX 75503.

Name:	Phone:
	Alt. Phone:
	City, State & Zip Code
Person(s) discriminated against (if someone other than complainant):	
Name(s):	
Street Address, City, State & Zip	

Which of the following best describes the reason the alleged discrimination took place? (Circle one) Date of Incident: _____

Race

Color

National Origin (Limited English Proficiency)

Please describe the alleged discriminatory incident. Provide the names and titles of all TRAX employees involved, if available. Explain what happened and whom you believe was responsible. Please use the next page of this form if additional space is required.

Rural Transit District
Title ADA Compliance
Plan



Have you filed a complaint with any other federal, state or local agencies? (Circle one) Yes No

Agency: _____ Phone: _____
Contact Name: _____

Address:

City, State & Zip:

Agency: _____ Phone: _____
Contact Name: _____

Address:

City, State % Zip:

I affirm that I have read the above charge and that it is true to the best of my knowledge, information and belief.

Print Name: _____ Date: _____
Signature: _____

Rural Transit District Title
 ADA Compliance Plan



Date Received: _____
Received By: _____

Título ADA queja forma
Ark-Tex Consejo de Gobiernos--Distrito de Tránsito Rural

TRAX se compromete a garantizar que ninguna persona es excluida de la participación en o negada los beneficios de sus servicios sobre la base de raza, color u origen nacional, conforme a lo dispuesto por el ADA de la ley de derechos civiles de 1964, enmendada. Quejas de título ADA deben ser presentadas dentro de 180 días desde la fecha de la supuesta discriminación. La siguiente información es necesaria para ayudarnos a procesar su queja. Si necesita ayuda para completar este formulario, póngase en contacto con el Coordinador del título ADA llamando al 903.255.3542. El formulario debe enviarse a la TRAX Coordinador ADA 4808 Elizabeth Street, Texarkana, TX 75503.

Su nombre:	Telefono:
	Telefono alternativo:
	Cuidad, Estado y Codigo Postal:
Persona(s) objeto de discriminacion (si alguien que no sea acusador):	
Nombre(s):	
Direccion, Cuidad, Estado y Codigo Postal	

¿Cuál de los siguientes describe mejor la razón de la discriminación alegada ocurrió? (Circule uno) Fecha del incidente: _____

Raza Color Origen Nacional (Dominio Limitado del Ingles)

Por favor describa el incidente discriminatorio. Proporcionar los nombres y títulos de todos los empleados TRAX involucrados, si está disponible. Explicar lo que sucedió y que crees era responsable. Utilice la página siguiente de esta forma si se requiere espacio adicional.

Rural Transit District
Title ADA Compliance
Plan



¿Se han presentado una denuncia con otras agencias federales, estatales o locales? (Circule uno) Sí No

Agencia: _____ Nombre de contacto: _____
Direccion: _____

Cuidad, Estado y Codigo Postal: _____

Telefono: _____

Agencia: _____ Nombre de Contacto: _____
Direccion: _____

Cuidad, Estado y Codigo Postal: _____

Telefono: _____

Afirmo que he leído la carga arriba y que es fiel a lo mayor de mi conocimiento, la informacion y la creencia.

Denunciates Firma: _____ Fecha: _____

Imprima o Escriba el nombre del Demandante: _____