

APÉNDICE A

FORMULARIO PARA QUEJAS

(PARA LA LEY DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES (ADA) LEY DE REHABILITACION DE 1973 (504) QUEJAS)

☐ Por favor, indique marcando la casilla correspondiente, si desea que su identidad sea confidencial

Nombre del Demandante: _____

Dirección del Demandante: _____

(City, State, Zip) _____

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: * _____

Fecha de la Queja: _____

Fecha de Violación: _____

Hora de la Violación: _____

Lugar de Violación: _____

Número del autobús: ** _____

Líneas de autobús: ** _____

Descripción física general
del operador del autobús ** _____

Identificar servicio, programa o actividad fuera de cumplimiento con la ADA/504: _____

Resumen de la violación: (adjuntar hojas adicionales de ser necesario) _____

Identificar a las personas por su nombre y dirección que tienen información relativa a la violación:

Firma del Demandante/Representante

Fecha

* Opcional

** Si es aplicable

APÉNDICE B

PROCEDIMIENTO DE QUEJAS

1. Entregue el formulario de queja dentro de 90 días de la supuesta violación en cualquiera de las siguientes oficinas:

Santa Cruz METRO	Santa Cruz Metro Center	Servicio al Cliente Santa Cruz Metro Center
110 Vernon Street Santa Cruz, CA 95060 Atn: Director de Operaciones /Asistente del Director de Operaciones (831) 426-6080- teléfono (TDD 711 (TTY/Voz)) (831) 426-6117-facsimil aaiken@scmtd.com	920 Pacific Avenue, Suite 21 Santa Cruz, CA 95060 Atn: Coordinadora de Servicios Accesibles (831) 423-3868- teléfono (TDD 711 (TTY/Voz)) (831) 423-1024-facsimile jdaugher@scmtd.com	920 Pacific Avenue Santa Cruz, CA 95060 Atn: Supervisor de Servicios al Cliente (831) 425-8600- teléfono (TDD 711 (TTY/Voz)) (831)423-1024-facsimile mboyce@scmtd.com

2. El Director de Operaciones o la persona designada deberá realizar una investigación sobre la presunta violación. El autor puede ser contactado durante el curso de la investigación;
3. El Director de Operaciones o la persona designada deberá notificar al denunciante de los resultados de la investigación en un de plazo de 15 días hábiles;
4. Si el demandante no está satisfecho con la respuesta del Director de Operaciones/designado, el denunciante puede presentar la demanda junto con la documentación de evidencia al Presidente de la Junta de Directores, proporcionándola al Coordinador de Servicios Administrativos, 110 Vernon Street, Santa Cruz, California 95060 dentro de 5 días hábiles después de haber recibido la respuesta del Director de Operaciones o su designado, y
5. El Presidente tendrá 10 días hábiles para revisar la queja y el informe de investigación preparado por el Director de Operaciones/designado y para determinar las medidas adicionales que tienen que ocurrir para garantizar el cumplimiento de la ADA/504.

APÉNDICE C

AVISO DE LEY DE AMERICANOS CON DISCAPACIDADES

De conformidad con los requisitos del Título II de la Ley de Americanos con discapacidades (Americans with Disabilities Act) de 1990 (ADA) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 (504) El Distrito de Transporte Metropolitano de Santa Cruz (Santa Cruz METRO) no discriminará contra individuos calificados con discapacidad sobre la base de la discapacidad en los servicios, programas o actividades de Santa Cruz METRO. Santa Cruz METRO no tolerará actos de represalias contra cualquier persona en ejercicio de sus derechos en virtud de la ADA/504.

Santa Cruz METRO no discrimina sobre la base de discapacidad en sus prácticas de contratación o empleo. Santa Cruz METRO no preguntará a un solicitante de empleo acerca de la existencia, naturaleza o la severidad de una discapacidad. Se les puede preguntar a los solicitantes sobre su capacidad para realizar funciones de trabajo específicas. Se pueden realizar exámenes o consultas médicas, pero sólo después de una oferta condicional de empleo y sólo si es requerido para todos los candidatos para el puesto. Santa Cruz METRO hará adaptaciones razonables para las limitaciones físicas o mentales de un solicitante o empleado calificado con una discapacidad que lo solicite a menos que la adaptación cause una dificultad indebida en el funcionamiento de las empresas de Santa Cruz METRO. Santa Cruz METRO hará una evaluación individualizada para determinar si un individuo calificado con una discapacidad cumple los criterios de selección para las decisiones de empleo. En la medida de sus criterios de selección para decisiones de empleo tienen el efecto de descalificar a un individuo a causa de la discapacidad, dichos criterios se relacionan con el trabajo y en consonancia con las necesidades del negocio.

Santa Cruz METRO prestará servicios de transporte de conformidad con estatutos y reglamentos de la ADA/504. Santa Cruz METRO proporcionará ayuda auxiliar y servicios apropiados, incluyendo intérpretes calificados de lenguaje de señas y dispositivos de ayuda auditiva, siempre que sean necesarias para garantizar una comunicación efectiva con los miembros del público que tengan impedimentos auditivos, visuales, o del habla, a menos que ello daría lugar a una alteración fundamental de sus programas o una carga administrativa o financiera indebida. Una persona que requiera una adaptación o ayuda auxiliar o servicios para participar en un programa, servicio o actividad de Santa Cruz METRO, debe ponerse en contacto con el Asistente Ejecutivo de METRO, al (831) 426-6080 (TDD 711 (TTY / Voz)) con la mayor anticipación posible, pero a más tardar a 48 horas antes del evento programado.

Santa Cruz METRO no le cobrará a un individuo con discapacidad o cualquier otro grupo de personas con discapacidades para cubrir el costo de proporcionar medios auxiliares o servicios, o modificaciones razonables.

Con el fin de cerciorarse de que está cumpliendo con sus obligaciones en virtud de la ADA/ 504, Santa Cruz METRO ha establecido un procedimiento de quejas para las personas con discapacidades que alegan que los servicios, programas o actividades de METRO, están fuera de cumplimiento. Si desea un formulario de quejas, o presentar una queja o si tiene preguntas o inquietudes sobre el cumplimiento de METRO con la Ley de Americanos con Discapacidades o la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, por favor, póngase en contacto con el Director de Operaciones, al (831) 426-6080 (TDD 711 (TTY / Voz)).

APÉNDICE D

DISTRITO METROPOLITANO DE TRANSPORTE DE SANTA CRUZ



SOLICITUD PARA UNA MODIFICACIÓN RAZONABLE

Este formulario deberá ser completado en su totalidad por el cliente o su representante.

Nombre del Cliente: _____ Fecha: _____

Teléfono: _____ Hora para contactarlo: ____ AM/PM

Soy: (Circule uno) Cliente ParaCruz Cliente Ruta Fija

Número de Ruta (si aplica): _____

Describa la modificación específica al servicio, programa o actividad que está siendo solicitada: ____

¿Esta modificación le permitirá utilizar de manera efectiva el servicio de Ruta Fija o de ParaCruz?

¿Ha sido solicitada previamente esta modificación?

***(Resto del formulario para ser completado por personal de Santa Cruz METRO)**

☐ Marque si este formulario fue completado por un empleado de Santa Cruz METRO.

Nombre del Empleado: _____ Firma: _____

SOLICITUD PARA MODIFICACIÓN RAZONABLE: ACEPTADA ____ RECHAZADA ____

Si fue aceptada, indique que modificación será brindada. Si fue rechazada, explique su racionamiento para esta decisión:

Revisión Gerencial:

Fecha Realizada: _____

Gerente que asistió en el proceso: _____ Iniciales: _____

Firma

CÓDIGO ADMINISTRATIVO

TÍTULO VII, CAP. I - POLÍTICA ADA

Aprobado por el Director de Operaciones: _____

Revisado: 9/25/15

Fecha: _____