

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

Revisado: 9/25/15

Fecha: _____