



Date Complaint Received/Fecha  
de Recibo de la Denuncia

Complaint Number/Número de la  
Denuncia

## Corpus Christi Regional Transportation Authority

### Formulario de Denuncia bajo la Ley Sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)

La Ley Sobre Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (ADA, por sus siglas en inglés), dispone que a ningún individuo discapacitado será, por motivo de su discapacidad, excluido de la participación en, ni denegado los beneficios de, ni sometido a la discriminación, bajo cualquier programa, servicio o actividad bajo la Ley Sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de la CCRTA.

#### I. INFORMACIÓN DEL DENUNCIANTE

Nombre	
Dirección	
Ciudad – Estado – Código Postal	
Teléfono	Dirección de Correo Electrónico
¿Requisitos de Formato Accesible? Telecomunicaciones para Sordos (TDD)	<input type="checkbox"/> Letra Grande <input type="checkbox"/> Dispositivo de <input type="checkbox"/> Cinta de Audio <input type="checkbox"/> Otro

#### II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA PRINCIPAL O TERCERO

¿Está presentando esta apelación por sí mismo? <input type="checkbox"/> SÍ → Si contestó “SÍ”, pase a la Sección III. <input type="checkbox"/> NO → Si contestó “NO” a la pregunta, conteste las siguientes preguntas:
a. Por favor indique el nombre y su relación con la persona a favor de la cual está apelando.
b. Por favor, explique por qué ha presentado una denuncia a favor de un tercero.
b. Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada, si presenta la apelación a favor de un tercero. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

### III. FUNDAMENTO DE LA DENUNCIA

Fecha del Supuesto Incidente de Discriminación (mes, día, año)
Explique, lo más claramente posible, qué sucedió y por qué cree que discriminaron en su contra. Describa a todas las personas que estuvieron involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas que discriminaron en su contra (si lo sabe), así como los nombres y la información de contacto de cualquier testigo. Si necesita más espacio, use la parte de atrás de este formulario o una hoja de papel por separado.

### IV. CONTACTOS DE PRESENTACIÓN DE LA DENUNCIA

¿Ha presentado anteriormente una denuncia de ADA ante la CCRTA? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Ha presentado esta denuncia ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó “SÍ”, marque todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Agencia Federal <input type="checkbox"/> Agencia Estatal <input type="checkbox"/> Agencia Local <input type="checkbox"/> Tribunal Federal <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal
Por favor indique la información de la persona de contacto en la agencia o tribunal en donde se presentó la denuncia.
Nombre:
Título:
Agencia:
Ciudad – Estado – Código Postal:
Teléfono:

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente para su apelación.

Firma del Denunciante

Fecha

Por favor presente este formulario en persona en la dirección que aparece a continuación,  
o envíe este formulario por correo a:

Corpus Christi Regional Transportation Authority  
**ATTENTION: ADA Compliance Officer**  
602 N. Staples Street  
Corpus Christi, TX 78401

**OFFICE USE ONLY**

Jurisdiction: on or before 180 days post event	_____
Closure:	_____
<input type="checkbox"/> 1 – Closure Letter	_____
<input type="checkbox"/> 2 – Letter of Finding	_____
<input type="checkbox"/> 3 – Administrative (FC)	_____
<input type="checkbox"/> 4 – Administrative (CW)	_____
Appeal: 10 days post receipt date of Closure Letter or Letter of Finding	_____

CERTIFICATION

I, Lorena Parada-Valdes, do certify that the attached three-page complaint form in Spanish is a true and correct translation of the original three-page complaint form in English, to the best of my ability.



Lorena Parada-Valdes,  
Federally Certified Court Interpreter  
Nationally Certified Judiciary Interpreter and Translator  
FOXP2Go  
PO Box 6245  
Corpus Christi TX 78466-6245

Date: July 10, 2019