

# ADA Mẫu Đơn Khiếu Nại

## Cơ Quan Vận Tải Khu Vực Khu Vực Des Moines (DART)

DART cam kết đảm bảo rằng không ai bị loại trừ trong sự tham gia hoặc bị từ chối quyền lợi trong các dịch vụ trên cơ sở khuyết tật như được cung cấp bởi Đạo Luật Người Khuyết Tật Hoa Kỳ năm 1990 (ADA). Các khiếu nại ADA phải được nộp trong vòng 180 ngày kể từ ngày xảy ra sự cố bị cáo buộc.

Thông tin sau là cần thiết để hỗ trợ chúng tôi giải quyết khiếu nại của quý vị. Nếu quý vị cần bất kỳ hỗ trợ nào trong việc hoàn thành mẫu đơn này, vui lòng liên hệ với Giám Đốc Quản Lý Trải Nghiệm Khách Hàng của DART bằng cách gọi (515) 283-8100. Gửi Đơn Khiếu nại đã điền đầy đủ tới DART, Customer Service Supervisor, 620 Cherry Street, Des Moines, Iowa 50309.

TÊN HỌ:	ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY:
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG:	THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ BƯU ĐIỆN:

### NGƯỜI BỊ PHÂN BIỆT ĐỐI XỬ (NẾU CÓ NGƯỜI KHÁC KHIẾU NẠI):

TÊN HỌ:	ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY:
ĐỊA CHỈ ĐƯỜNG:	THÀNH PHỐ, TIỂU BANG, MÃ BƯU ĐIỆN:

NGÀY XẢY RA SỰ CỐ: \_\_\_\_\_

GIỜ XẢY RA SỰ CỐ: \_\_\_\_\_



**QUÝ VỊ CÓ NỘP ĐƠN KHIẾU NẠI NÀY VỚI CƠ QUAN LIÊN BANG, TIỂU BANG HAY ĐỊA PHƯƠNG NÀO KHÁC KHÔNG? (ĐÁNH DẤU VÀO Ô)**

CÓ

KHÔNG

**NẾU CÓ, GHI TÊN CƠ QUAN/NHIỀU CƠ QUAN VÀ THÔNG TIN LIÊN HỆ:**

CƠ QUAN:	TÊN NGƯỜI LIÊN HỆ:
ĐỊA CHỈ:	SỐ ĐIỆN THOẠI:

CƠ QUAN:	TÊN NGƯỜI LIÊN HỆ:
ĐỊA CHỈ:	SỐ ĐIỆN THOẠI:

**TÔI XÁC NHẬN RẰNG TÔI ĐÃ ĐỌC CÁC KHOẢN TRÊN VÀ ĐÚNG VỚI SỰ HIỂU BIẾT CỦA TÔI.**

\_\_\_\_\_  
**CHỮ KÝ CỦA NGƯỜI KHIẾU NẠI**

\_\_\_\_\_  
**NGÀY THÁNG NĂM**

\_\_\_\_\_  
**CHỮ IN HOA CỦA NGƯỜI KHIẾU NẠI**

**NGÀY ĐÃ NHẬN:**

**NHẬN BỞI:**