

Formulario de queja del programa de modificación razonable de MTS ADA

Sección I:

Nombre: _____

Habla a: _____

Teléfono (Casa): _____ Teléfono (Trabajo): _____

Dirección de correo electrónico: _____

¿Requisitos de formato accesible? Cinta de audio ____ con letra grande ____ TDD ____ Otro ____

Sección II:

¿Está presentando esta queja en su propio nombre? Sí ____ No ____

* Si respondió "sí" a esta pregunta, pase a la Sección III.

De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona por la que se queja:

Explique por qué ha presentado una solicitud a nombre de un tercero: _____

Confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si presenta la solicitud en nombre de un tercero. Sí ____ No ____

Sección III:

Fecha en la que se denegó la modificación razonable (mes, día, año): ____, ____, _____

Explique lo más claramente posible qué sucedió y por qué cree que debería haber recibido la solicitud de modificación. Describa todas las personas involucradas. Incluya el nombre y la información de contacto de las personas (si se conocen), así como los nombres y la información de contacto de los testigos. Si necesita más espacio, utilice el reverso de este formulario. También puede adjuntar otros elementos que considere relevantes.

Sección IV:

¿Ha presentado anteriormente una queja ante esta agencia? Sí ____ No ____

Se requiere firma y fecha. Envíe el formulario en persona o por correo electrónico.

Fecha de firma

[INGRESE EL NOMBRE DE LA AGENCIA, EL NOMBRE DEL CONTACTO DE ADA Y LA DIRECCIÓN AQUÍ]