

DISTRITO DE TRANSPORTE DEL CONDADO DE MARIN
FORMULARIO DE RECEPCIÓN DE QUEJAS SOBRE ACCESO PARA
DISCAPACITADOS CONFORME A LA LEY ADA O EL TÍTULO 24

Use letra de molde o máquina de escribir:

Fecha presentada: _____ **Hora:** ____ **Nº de queja:** ____ **Tipo:** Tratamiento
Recibida por: Amy Van Doren, Marin Transit (Uso oficial exclusivamente)
Nombre Departamento Teléfono 415 226-0859

() 1. Carta () 2. Tel. () 3. Condado () 4. Campo () 5. Referencia () 6. Otro _____

Persona que presenta la queja: _____

Teléfono: () _____

Dirección (opcional): _____

Lugar del supuesto incumplimiento: _____

Descripción de la queja: _____

(For Official Use Only) Owner: _____

N/A _____

Owner's Address: _____

N/A _____

Date Inspected: __/__/__ By: _____ Notice Provided to Owner ___(Yes) ___(No)

Comments:

Date Referred: __/__/__ To: _____

Date Abated: __/__/__ By: _____

Original to: [] Disability Access Coordinator

Cc: [] Marin County Transit District File

