



DETROIT PEOPLE MOVER

إستمارة شكوى الأمريكيين ذوي الإعاقة ADA

رقم الشكوى _____

تلتزم شركة ديترويت للنقل برضا العملاء ، وبالتالي تشجع الركاب على نقل مخاوفهم. ولذلك فمن الضروري إنشاء نظام شكوى العملاء للتحقيق في مخاوف العملاء وتسوية مشاكل العملاء في أسرع وقت ممكن.
ينص الباب الثاني والثالث من قانون الأمريكيين ذوي الإعاقة (ADA) لعام 1990 على أنه "لا يجوز لأي كيان أن يميز ضد فرد لديه إعاقة فيما يتعلق بتوفير خدمات النقل". إذا شعرت أنك تعرضت للتمييز في خدمات النقل ، يرجى تقديم المعلومات التالية ، وإرفاق أي مستندات داعمة ، وإرسال شكواك إلى:

بريندا ووكر ، مديرة قسم الموارد البشرية ، شركة ديترويت للنقل ،
الهاتف: (313) 224-2160 / فاكس: (313) 224-1207 ساعات عمل المكتب: 9:00 صباحاً - 5:00 مساءً.

اسم مقدم الشكوى (يرجى الكتابة): _____
رقم المنزل: _____ العمل / رقم الموبايل: _____
العنوان: _____ المدينة ، الولاية _____ الرمز البريدي _____
يرجى ذكر الإعاقة الأساسية المؤهلة من ADA: _____

نوع التمييز المزعوم (يرجى التحقق من كل ما ينطبق):
الإعاقة الجسدية [] خدمة الحيوانات [] ترتيبات خدمية معقولة [] رفض أو الحرمان من الخدمات []
أخرى []
تاريخ وقوع الحادث: _____ وقت حدوثه: _____ مكان الحادث: _____
الاسم / المنصب / العنوان الوظيفي للشخص الذي تسبب في الحادث / نوع التمييز _____

وصف الشكوى أو الحادثة (استخدم ورقة منفصلة إذا لزم الأمر):

هل شاهد شخص آخر هذا الحادث؟ نعم [] لا []
1. الاسم _____ رقم الهاتف _____
2. الاسم _____ رقم الهاتف _____

الشخص الذي تلقى الشكوى (يرجى الكتابة):

التاريخ: _____ وقت استلام المكالمة: _____
الإجراءات المتخذة / الموظفين المشتركين (يرجى إرفاق أي مستندات داعمة): _____
تاريخ إغلاق الاستفسار: _____

أؤكد بأنني قدمت هذا البيان وهو صحيح إلى حد علمي ومعلوماتي وإعتقادي.

توقيع مقدم الشكوى / والتاريخ _____