

## **Filing an ADA Complaint**

Any person who believes they have been discriminated against on the grounds of disability may file a complaint. Complaints should be filed within 180 days of the alleged violation. To file a complaint with BTS, complete BTS complaint form, found on BTS web site at [www.brunswicktransit.org](http://www.brunswicktransit.org). The complaint form must be signed and mailed to:

Brunswick Transit System (BTS)  
Attn: Executive Director  
5040 Main Street  
Shallotte, NC 28470

Within 5 business days of the receipt of the complaint, BTS will notify, in writing, the complainant of the receipt of the complaint. The Executive Director will review the complaint, policies and procedures associated with the complaint, and the circumstances under which the alleged discrimination occurred and any other pertinent factors.

Within 30 days of the receipt of the complaint, the Executive Director will send the complainant a letter of finding. The letter of finding will outline the results of the investigation. If the investigation determines BTS is not in violation, the letter of finding will include an explanation and provide notification of the complainant's appeal rights. If the investigation determines BTS is in violation, the letter of finding will document the violation and the action the BTS will take or has taken to resolve the violation. BTS will maintain all ADA related complaints for one year and a summary of all complaints for at least five years.

# ADA COMPLAINT FORM

**Section I:**

**Name:**

**Address:**

**Telephone (Home/Cell):** \_\_\_\_\_ **Telephone (Work):** \_\_\_\_\_

**Email:**

Do you require an accessible format?	Large Print		Audio Tape	
	TTY/TDD		Other	

**Section II:**

Are you filing this complaint on your own behalf? *	Yes	No
---	-----	----

\*If you answered "yes" to this question, go to Section III.

If not, please supply the name and relationship of the person for whom you are filing:

\_\_\_\_\_

Have you obtained permission from this person?	Yes	No
--	-----	----

**Section III:**

If you believe you were discriminated against based on a disability, please provide as much detail concerning the alleged discrimination.

Date of Alleged Discrimination (Month, Day, Year): \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Route: \_\_\_\_\_ Vehicle ID or Name: \_\_\_\_\_ Location: \_\_\_\_\_

Name(s) of Employee(s) involved: \_\_\_\_\_

Explain as clearly as possible what happened and why you believe you were discriminated against. If more space is needed, please use the back of this form.

---



---



---



---



---



---



---



---



---



---

**Section IV**

Have you previously filed an ADA complaint with BTS? Yes  No

Contact name: \_\_\_\_\_ Telephone number: \_\_\_\_\_

**Section V**

Have you filed this complaint with any other federal, state, or local agency, or with any federal or state court?

Yes  No

If yes, check all that apply:

- Federal Agency: \_\_\_\_\_  Federal Court: \_\_\_\_\_
- State Agency: \_\_\_\_\_  State Court: \_\_\_\_\_
- Local Agency: \_\_\_\_\_  Local Court: \_\_\_\_\_

Please provide contact information for the person you spoke to at the above agency:

**Name:** \_\_\_\_\_ **Title:** \_\_\_\_\_

**Agency:** \_\_\_\_\_

**Address:** \_\_\_\_\_

**Telephone:** \_\_\_\_\_

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint. Your signature and date are required below:

\_\_\_\_\_  
Signature Date

If you need assistance completing this form, contact BTS at:  
910-253-7800 • TTY/TDD 800-735-2962 • 711 Relay or email [trandolph@brunswicktransit.org](mailto:trandolph@brunswicktransit.org).

**Please submit this form in person or by mail to:**  
Brunswick Transit System, Inc. Attn: ADA  
5040 Main Street  
Shallotte, NC 28470

## **Presentación de una queja bajo la Ley ADA**

Cualquier persona que considere haber sido objeto de discriminación por motivos de discapacidad puede presentar una queja. Las quejas deben presentarse dentro de los 180 días siguientes a la presunta infracción. Para presentar una queja ante el BTS, complete el formulario de quejas del BTS, disponible en el sitio web del BTS en [www.brunswicktransit.org](http://www.brunswicktransit.org). El formulario de quejas debe estar firmado y enviarse por correo postal a:

Brunswick Transit System (BTS)  
A la atención del: Director Ejecutivo  
5040 Main Street  
Shallotte, NC 28470

Dentro de los 5 días hábiles siguientes a la recepción de la queja, el BTS notificará por escrito al reclamante la recepción de la misma. El Director Ejecutivo revisará la queja, las políticas y procedimientos asociados a la misma, las circunstancias bajo las cuales ocurrió la presunta discriminación y cualquier otro factor pertinente.

Dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la queja, el Director Ejecutivo enviará al reclamante una carta de conclusiones. Dicha carta expondrá los resultados de la investigación. Si la investigación determina que el BTS no ha incurrido en ninguna infracción, la carta de conclusiones incluirá una explicación y notificará al reclamante sobre sus derechos de apelación. Si la investigación determina que el BTS ha incurrido en una infracción, la carta de conclusiones documentará dicha infracción, así como las medidas que el BTS tomará o ya ha tomado para subsanarla. El BTS conservará todos los expedientes de quejas relacionadas con la Ley ADA durante un año, y un resumen de todas las quejas durante al menos cinco años.

# FORMULARIO DE QUEJA DE LA ADA

<b>Sección I:</b>			
Nombre:			
Dirección:			
Teléfono (Hogar/Celular):		Teléfono (Trabajo):	
Correo electrónico:			
¿Necesita un formato accesible?	Letra grande		Cinta de audio
	TTY/TDD		Otro
<b>Sección II:</b>			
¿Está presentando esta queja en su propio nombre? *			Sí
			No
*Si respondió "sí" a esta pregunta, vaya a la Sección III.			
De lo contrario, proporcione el nombre y la relación de la persona para la que está presentando:			
¿Ha obtenido el permiso de esta persona?			Sí
			No
<b>Sección III:</b>			
Si cree que fue discriminado por una discapacidad, proporcione tantos detalles sobre la supuesta discriminación.			
Fecha de presunta discriminación (mes, día, año): _____ Hora: _____			
Ruta: _____ Identificación del vehículo o Nombre: ____ Ubicación: _____			
Nombre (s) de los empleados involucrados: _____			
Explique lo más claramente posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado. Si se necesita más espacio, utilice la parte posterior de este formulario			

<b>Sección IV</b>		
¿Ha presentado previamente una queja de ADA con CARTS?	Sí	No
Nombre del contacto:	Número de teléfono:	
<b>Sección V</b>		
¿Ha presentado esta queja ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda:		
<input type="checkbox"/> Agencia Federal: _____	<input type="checkbox"/> Tribunal Federal: _____	
<input type="checkbox"/> Agencia Estatal: _____	<input type="checkbox"/> Tribunal Estatal: _____	
<input type="checkbox"/> Agencia Local: _____	<input type="checkbox"/> Tribunal Local: _____	
Proporcione la información de contacto de la persona con la que habló en la agencia anterior:		
<b>Nombre:</b>	<b>Título:</b>	
<b>Agencia:</b>		
<b>Dirección:</b>		
<b>Teléfono:</b>		

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con BTS al: 910-253-7800 • TTY/TDD 800-735-2962 • 711 Relay, o envíe un correo electrónico a [trandolph@brunswicktransit.org](mailto:trandolph@brunswicktransit.org).

Por favor, envíe este formulario en persona o por correo a:  
 Brunswick Transit System, Inc.  
 A la atención de: Modificación razonable  
 5040 Main Street  
 Shallotte, NC 28470