



## **Formulario de Apelase de ADA**

ICTC está comprometido a asegurar que nuestra implementación de servicios de transporte público cumpla completamente con Título II del Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973. Cualquier persona que desea apelar la negación de una solicitud Modificación Razonable de ADA puede presentar un formulario de apelación por escrito y firmado con ICTC.

Favor de mandar este formulario por fax a 760-594-4497, por correo o entréguelo a: ICTC, 1405 N. Imperial Ave., Suite 1, El Centro, Ca. 92243

### **SECCIÓN 1: INFORMACIÓN BÁSICA**

<u>PERSONA PRESENTANDO LA INFORMACIÓN SOBRE LA APELACION</u>	<u>INFORMACIÓN SOBRE LA PERSONA REQUIRIENDO LA ASISTENCIA</u> (solo si es diferente que la persona presentando la apelación)
Nombre: _____	Nombre: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad/Estado/Código postal: _____	Ciudad/Estado/Código postal: _____
Número de Teléfono: _____	Número de Teléfono: _____
Correo Electrónico: _____	Correo Electrónico: _____

### **SECCIÓN 2: DETALLES DEL EVENTO**

Por favor explique cómo, cuándo, dónde y por qué cree que hay una justificación para una apelación para su solicitud de Modificación Razonable de ADA. Puede incluir páginas adicionales si requiere espacio adicional. También puede incluir cualquier material escrito o cualquier otra información que usted crea que es relevante a su apelación.

---

---

---

---

---

---

---

---

### **SECCIÓN 3: FIRMA**

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_