

## Sección A: Requisitos de formato accesible

Por favor, verifique el formato preferido para este documento.

<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> TDD o Relé	<input type="checkbox"/> Grabación de audio	<input type="checkbox"/> Otra (si está seleccionado, indique qué tipo de formato necesita en el cuadro debajo)
---------------------------------------	-------------------------------------	---	--

Haga clic o toque aquí para introducir el texto

## Sección B: Información de contacto

Nombre Haga clic o toque aquí para introducir el texto	Número de teléfono (incluyendo el Código de área) Haga clic o toque aquí para introducir el texto
Dirección Haga clic o toque aquí para introducir el texto	Ciudad Haga clic o toque aquí para introducir el texto
Estado Haga clic o toque aquí para introducir el texto	Código postal Haga clic o toque aquí para introducir el texto

Correo electrónico Haga clic o toque aquí para introducir el texto

¿Está presentado esta queja en su propio nombre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
--	-----------------------------	-----------------------------

Si no, por favor provea el nombre y la relación de la persona por la que se queja y por qué está completando el formulario en su nombre en el cuadro a continuación.

Haga clic o toque aquí para introducir el texto

Por favor, confirme que ha obtenido el permiso del partido agraviado si está completando por un tercer partido.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
---	-----------------------------	-----------------------------

## Sección C: Tipo de comento

¿Qué tipo de comentario estás proveyendo? Por favor, marque qué categoría se aplica mejor.

<input type="checkbox"/> Queja	<input type="checkbox"/> Sugerencia	<input type="checkbox"/> Complemento	<input type="checkbox"/> Otra
--------------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------	-------------------------------

¿Cual de los siguiente describe la natura del comentario? Por favor, marque uno o más de las casillas de verificación.

<input type="checkbox"/> Raza	<input type="checkbox"/> Color	<input type="checkbox"/> Origen Nacional	<input type="checkbox"/> Religión
<input type="checkbox"/> Edad	<input type="checkbox"/> Sexo	<input type="checkbox"/> Servicio	<input type="checkbox"/> Estado de Ingresos
<input type="checkbox"/> Competente limitado del inglés (C.L.I)	<input type="checkbox"/> Ley de estadounidenses con discapacidad (L.E.D.)		

## Sección D: Detalles de comento

Por favor, responda a las preguntas debajo sobre su comentario.

¿Ocurrió el incidente en el siguiente tipo de servicio? Por favor marque cualquier casilla que pueda aplicar.	<input type="checkbox"/> Paratransit	<input type="checkbox"/> Taxi compartido	<input type="checkbox"/> Autobús
¿Cuál fue la fecha del suceso?	Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año		
¿Cuál fue la hora del suceso?	Haga clic para agregar su hora preferido		
¿Qué es el nombre o la identificación del empleado o empleados involucrados?	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		
¿Qué es el nombre o la identificación del otros involucrados, si procede?	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		
¿Qué es el numero o el nombre de la ruta en la que estaba, si procede?	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		
¿Qué era la dirección o el destino al que se dirigía ocurrió el suceso, si procede?	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		
¿Donde estaba la ubicación del suceso?	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		
¿El uso de una ayuda de movilidad estuvo involucrado en el suceso?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	
Por favor, añada detallas descriptivas sobre el suceso.	Haga clic o toque aquí para introducir el texto		

---

En la casilla de baja, por favor explique tan claramente como sea posible lo que ocurrió y por qué cree que fue discriminado.

---

Haga clic o toque aquí para introducir el texto

---

## Sección E: El seguimiento

¿Podemos contactarlo si necesitamos más detalles o información?

Sí

No

En caso afirmativo, ¿cómo le gustaría ser contactado? Por favor, seleccione su forma de contacto preferida en una casilla de baja.

Teléfono

Correo electrónico

Correo

Si prefiere que lo contactemos por teléfono, indique el mejor día y hora para comunicarse con usted.

Haga clic para agregar su hora preferido

Haga clic para agregar su día preferido

---

## Sección F: Resultado deseado

Por favor, haga una lista de baja los pasos le gustaría tomar para que tratar con el conflicto o el problema.

Haga clic o toque aquí para introducir el texto

---

Si aplicable, haga una lista de baja todas las agencias adicionales con las que ha presentado esta queja, como las agencias federales, estatales o locales, o ante cualquier tribunal federal o estatal. Incluya la información de contacto a donde se envió la queja.

---

Haga clic o toque aquí para introducir el texto

---

## Sección G: Firma

Por favor, adjunte algunos documentos que tenga que apoya la denuncia. Luego, feche y firme este formulario y envíelo a La Crosse Area Planniing Committee.

Nombre Haga clic o toque aquí para introducir el texto

Fecha: Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año

Firma Haga clic o toque aquí para introducir el texto

---