

Formulario de Quejas y Comentarios

La visión de la MPO de la Gran Madison es "un sistema de transporte regional sustentable y equitativo que conecte a las personas, los lugares y las oportunidades para alcanzar una calidad de vida excepcional para todos" y nosotros deseamos su opinión. Por favor use este formulario para sus sugerencias, cumplidos y quejas. Los formularios completos pueden enviarse a cualquiera de los siguientes:

- Alexandra Andros, Coordinadora del Título VI, al (608) 266-9115, (para las personas con problemas de audición, por favor utilice el servicio de [Wisconsin Relay 711](#), correo electrónico mpo@cityofmadison.com, o visite nuestra oficina en el 100 State Street, Ste. 400, Madison, WI 53703. *Por favor tenga en cuenta que nuestra oficina está abierta solo con cita previa.* Para obtener más información, visite la [página web de Derechos Civiles de la MPO](#)
- Departamento de Transporte de Wisconsin (WisDOT por sus siglas en inglés), Taqwanya Smith, Coordinadora Superior de Título VI y ADA, teléfono: (608) 266-8129, TTY (800) 947-3529, Fax: (608)267-3641, Correo electrónico: taqwanya.smith@dot.wi.gov, 4822 Madison Yards Way, 5th Floor South, Madison, WI 535705. Para obtener más información, visite la [página web del WisDOT Título VI-ADA](#).
- Departamento de Transporte de los Estados Unidos, Administración Federal de Carreteras (FHWA por sus siglas en inglés), Oficina de Derechos Civiles, 1200 New Jersey Avenue, SE, 8th Floor E81-105, Washington, DC 20590, Teléfono: (202) 366-0693, Correo electrónico: FHWA.TitleVIcomplaints@dot.gov
- Departamento de Transporte de los Estados Unidos, Administración Federal de Tránsito (FTA por sus siglas en inglés), Oficina de Derechos Civiles, 1200 New Jersey Avenue SE, Washington, DC 20590, Teléfono: 1-888-446-4511 o 711(Relay), correo electrónico: FTACivilRightsCommunications@dot.gov

Sección A: Requisitos de formato accesible

Por favor marque el formato preferido para este documento.

<input type="checkbox"/> Letra grande	<input type="checkbox"/> TDD o Retransmisión	<input type="checkbox"/> Grabación de audio	<input type="checkbox"/> Otro (si lo selecciona, indique qué tipo de formato necesita en la casilla a continuación)
---------------------------------------	--	---	---

Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Sección B: Información de Contacto

Nombre <input type="text"/>	Número de teléfono (incluyendo el código de área) <input type="text"/>
Dirección <input type="text"/>	Ciudad <input type="text"/>
Estado <input type="text"/>	Código Postal <input type="text"/>

Dirección de correo electrónico

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

Si la respuesta es No, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona por quien está presentando la queja y por qué está usted completando el formulario en su nombre en la casilla a continuación.

Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Por favor confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada si usted está presentando en nombre de un tercero.

Sí

No

Sección C: Tipo de comentario

¿Qué tipo de comentario está usted proporcionando? Por favor marque la categoría que mejor corresponde.

Queja

Sugerencia

Cumplido

Otro

¿Cuál de las siguientes describe la naturaleza del comentario? Por favor marque una o más de las casillas de verificación.

Raza

Color

Nacionalidad de Origen

Religión

Edad

Sexo

Servicio

Estado de Ingresos

Domino Limitado del Inglés (L.E.P. por sus siglas en inglés)

Ley de Estadounidenses con Discapacidades (A.D.A. por sus siglas en inglés)

Sección D: Detalles del Comentario

Por favor responda las siguientes preguntas con respecto a su comentario.

¿El incidente ocurrió en el siguiente tipo de servicio? Por favor marque cualquier casilla que corresponda.

Paratrásito

Viajes Compartidos en Taxi

Autobús

¿Cuál fue la fecha de la ocurrencia?

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

¿Cuál fue la hora de la ocurrencia?

Haga clic para agregar la hora

¿Cuál es el nombre o identificación del empleado o empleados involucrados?

Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

¿Cuál es el nombre o identificación de otros involucrados, si corresponde?

Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

¿Cuál es el número o nombre de la ruta en la que usted viajaba, si corresponde?

Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

¿Cuál era la dirección o destino al que usted se dirigía cuando ocurrió el incidente, si corresponde?

Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

¿Dónde fue el lugar de la ocurrencia?	Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	
¿Estuvo involucrado el uso de una ayuda de movilidad en el incidente?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Por favor agregue cualquier detalle descriptivo adicional acerca del incidente.	Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.	

En la casilla a continuación, por favor explique tan claro como le sea posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado.

Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Sección E: Seguimiento

¿Podemos comunicarnos con usted si necesitamos más detalles o información?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, ¿Cómo le gustaría que nos comunicáramos con usted? Por favor seleccione su forma de comunicación preferida a continuación		
<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Correo electrónico	<input type="checkbox"/> Correo Postal
Si prefiere que nos comuniquemos por teléfono, indique el mejor día y hora para comunicarnos con usted.		
Haga clic aquí para agregar su horario preferido	Haga clic aquí para agregar su día preferido	

Sección F: Resultado Deseado

Por favor enumere a continuación qué pasos le gustaría seguir para abordar el conflicto o problema.

Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Si corresponde, por favor enumere a continuación todas las agencias adicionales ante las cuales usted ha presentado esta queja, tales como agencias federales, estatales, locales o ante cualquier tribunal Federal o Estatal. Por favor incluya la información de contacto del lugar al cual se envió la queja.

Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.

Sección G: Firma

Por favor adjunte cualquier documento que tenga que respalde la acusación. Luego firme y coloque la fecha en este formulario y envíelo a la MPO de la Gran Madison o a las otras agencias enumeradas en la primera página de este formulario.

Nombre: Haga clic o toque aquí para ingresar el texto. **Fecha:** Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año

Firma Haga clic o toque aquí para ingresar el texto.
