



ADA obrazac žalbe

Rev. 11/2021

Missouri Department of Transportation External Civil Rights Division

Ministarstvo transporta države Missouri (MoDOT) posvećeno je da osigura da nijedna osoba ne bude isključena iz učešća u uslugama koje ono nudi ili uskraćena za pogodnost njegovih usluga na osnovu njezine sposobnosti, kao što je predviđeno Zakonom o Amerikancima s invaliditetom (ADA) iz 1990. godine. Žalbe ADA se moraju podnijeti u roku od 180 dana od datuma navodne diskriminacije.

Sljedeći podaci su nam potrebni kao pomoć u postupku obrade vaše žalbe. Ako vam je potrebna pomoć u popunjavanju ovog obrasca obratite se koordinatoru za Poglavlje VI (Title VI Coordinator) pozivom na broj telefona (573)526-2978. Vratite popunjen obrazac na: MoDOT External Civil Rights Division, Title VI Coordinator, P.O. Box 270, Jefferson City, Missouri 65102-0270 or to ADA@modot.mo.gov

Ime i prezime:
Adresa, grad, država i poštanski broj:
Broj telefona i e-mail adresa:
Alternativni broj telefona:
Ime diskriminisane(ih) osobe(a) <u>(ako je netko drugi a ne podnosilac žalbe):</u>
Adresa, grad, država i poštanski broj:
Broj telefona i e-mail adresa:
Alternativni broj telefona:

Stranica 1 od 4

ALTERNATIVNI FORMATI: Ovaj dokument je dostupan u alternativnim formatima na zahtjev. Da biste dobili papirnate primjerke ovog obrasca za žalbu kao i informacije o ovim alternativnim formatima, nazovite MoDOT-ovo odjeljenje za eksterna građanska prava (External Civil Rights Division) na (573)526-2978. Osobe oštećena sluha mogu kontaktirati Missouri Relay Service na (800)735-2966 radi pomoći kod pozivanja.



ADA obrazac žalbe

Rev. 12/2020

Molimo navedite imena svih svjedoka i brojeve telefona/kontakt podatke.

Koja vrsta korektivne radnje biste željeli da se poduzme?



ADA obrazac žalbe

Rev. 12/2020

Da li ste podnijeli žalbu nekoj drugoj federalnoj, državnoj ili lokalnoj agenciji/agencijama/sudu(ovima)?

Da

Ne

Ako jeste, navedite agencije kojima ste uložili žalbu i navedite njihove kontakt podatke:

Agencija:
Osoba za kontakt:
Adresa, grad, država i poštanski broj:
Broj telefona i e-mail adresa:
Agencija:
Osoba za kontakt:
Adresa, grad, država i poštanski broj:
Broj telefona i e-mail adresa:

Potvrđujem da sam pročitao(la) gornju optužbu i da je ona istinita prema mom najboljem saznanju, informacijama i uvjerenju.

Potpis podnosioca žalbe

Datum

Ime podnosioca žalbe štampanim slovima

Datum