



**Brazos Transit District**

2117 Nuches Lane  
Bryan, Texas 77803

[www.btd.org](http://www.btd.org)

**ADA Complaint Form**

<b>Section I:</b>				
Name:				
Address:				
City:		State:		Zip:
Electronic Mail Address:				
Home Phone Number with Area Code:				
Work Phone Number with Area Code:				
Accessible Format Requirements?	Large Print	<input type="checkbox"/>	Audio Tape	<input type="checkbox"/>
	TDD	<input type="checkbox"/>	Other	<input type="checkbox"/>
<b>Section II:</b>				
Are you filing this complaint on your own behalf?			Yes* <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
*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 complaining:				
Please Explain why you have filed for a third party:				
Please confirm that you have obtained the permission of the aggrieved party if you are filing on behalf of a third party.			Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Section III:</b>				
Were you discriminated against because of:				
<input type="checkbox"/> Disability <input type="checkbox"/> Race <input type="checkbox"/> National Origin <input type="checkbox"/> Color <input type="checkbox"/> Other (Explain)				
Date of alleged incident:				
Explain as clearly as possible what happened and how you were discriminated against. Indicate who was involved. Be sure to include the names and contact information of any witnesses. If more space is needed please use the back of this form.				
<b>Section IV:</b>				
Have you previously filed a ADA complaint with this agency?			Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
<b>Section V:</b>				
Have you filed this complaint with any other Federal, State, or Local Agency; or with any Federal or State court?			Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
If Yes, check all that apply:				
<input type="checkbox"/> Federal agency <input type="checkbox"/> Federal Court <input type="checkbox"/> State agency <input type="checkbox"/> State court <input type="checkbox"/> Local agency				
Please provide information about a contact person at the agency/court where the complaint was filed.				
Name:				
Address:				
City:		State:		Zip:
Phone Number with Area Code:				
<b>Section VI:</b>				
Name of agency complaint is against:				
Contact Person:			Title:	
Phone Number with Area Code:				
Bus Number:			Route Number:	

You may attach any written materials or other information that you think is relevant to your complaint.

Sign and Date Required Below.

I understand that checking this box constitutes a legal signature confirming that the information I have provided above is true and accurate.

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

**Please mail this form to: Brazos Transit District – 2117 Nuches Lane - Bryan, Texas 77803**



**Brazos Transit District**

2117 Nuches Lane  
Bryan, Texas 77803

[www.btd.org](http://www.btd.org)

### Acta de Americanos con Discapacidades (ADA) Formulario de Queja

<b>Sección I:</b>				
Nombre:				
Dirección:				
Ciudad:	Estado:	Código postal:		
Dirección de correo electrónico:				
Numero do teléfono con código de área:				
Teléfono trabajo con LADA:				
¿Requisitos do formato accesible?	Letra de gran tamaño	<input type="checkbox"/>	Cinta de audio	<input type="checkbox"/>
	TDD	<input type="checkbox"/>	Otros	<input type="checkbox"/>
<b>Sección II:</b>				
¿Está presentando esta denuncia en su nombre?		Si * <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
*Si contestaste "si" a esta pregunta, ir a la sección III				
Si no, por favor suministrar el nombre y la relación de la persona para quien se quejan:				
Por favor explique por qué han presentado por un tercero:				
Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada si esta presentando en nombre de un tercero.		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<b>Sección III:</b>				
Fueron discriminados por: <input type="checkbox"/> Discapacidad <input type="checkbox"/> Raza <input type="checkbox"/> Origen nacional <input type="checkbox"/> Color la raza <input type="checkbox"/> Otros (explicar)				
Fecha del incidente: Seleccionar Fecha				
Explicar lo más claramente posible lo que sucedió y como se discrimino contra. Indicar que estaba involucrado. Asegúrese de incluir los nombres e información de testigos. Si se necesita mas espacio utilice el reverso de este formulario.				
<b>Sección IV:</b>				
¿Usted ha presentado previamente una queja de la ADA con esta agencia?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
<b>Sección V:</b>				
Has presentado esta denuncia ante cualquier otro Federal, estado o Agencia Local; ¿o de la Corte Federal o estatal?		Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
En caso afirmativo, marque todas las que aplican: <input type="checkbox"/> Agencia Federal <input type="checkbox"/> Tribunal Federal <input type="checkbox"/> Agencia <input type="checkbox"/> estado corte <input type="checkbox"/> Local agencia estatal				
Sírvanse facilitar información sobre una persona de contacto en la Agencia/tribunal donde se presento la queja.				
Nombre:				
Dirección:				
Ciudad:	Estado:	Código postal:		
Numero do teléfono con código de área:				
<b>Sección VI:</b>				
Nombre de denuncia de la agencia está en contra de:				
Persona de contacto:		Titulo:		
Numero do teléfono con código de área:				
Numero de bus:		Numero de ruta:		

Usted puede conectar cualquier material escrito u otra información que crees que es relevante a su queja.

Entiendo que marcar esta casilla es una firma legal que confirma que la información que he proporcionado anteriormente es verdadera y exacta.

Firma:

Fecha:

**Envíe este formulario a: Brazos Transit District – 2117 Nuches Lane- Bryan, Texas 77803**