



ADA Beschwerdeformular

Vers. 11/2021

Transportministerium des Staates Missouri Abteilung für Bürgerrechte Externer

Das Transportministerium des Staates Missouri (Missouri Department of Transportation, MoDOT) ist bestrebt sicherzustellen, dass gemäß dem Americans with Disabilities Act (ADA) von 1990 niemand aufgrund einer Behinderung von unseren Diensten oder dadurch gewährten Vorteilen ausgeschlossen wird. ADA-Beschwerden müssen innerhalb von 180 Tagen nach der behaupteten Diskriminierung eingereicht werden.

Um Ihre Beschwerde bearbeiten zu können, benötigen wir folgende Information. Wenn Sie Hilfe beim Ausfüllen dieses Formulars brauchen, wenden Sie sich bitte an den Titel-VI-Koordinator unter (573)526-2978. Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular an folgende Adresse: MoDOT External Civil Rights Division, Title VI Coordinator, P. O. Box 270, Jefferson City, Missouri 65102-0270 oder per E-Mail an ADA@modot.mo.gov

Name:
Straße, Ort, Staat und Zip:
Telefonnummer und E-Mail-Adresse:
Weitere Telefonnummer:
Name der diskriminierten Person(en) <u>(sofern vom Beschwerdeführer abweichend)</u>:
Straße, Ort, Staat und Zip:
Telefonnummer und E-Mail-Adresse:
Weitere Telefonnummer:

Seite 1 von 4

BARRIEREFREIE FORMATE: Dieses Dokument ist auf Nachfrage in barrierefreien Formaten verfügbar. Wenn Sie dieses Beschwerdeformular in Papierform erhalten oder sich über die barrierefreien Formate informieren möchten, wenden Sie sich unter (573)526-2978 bitte an die MoDOT-Abteilung für Bürgerrechte Externer. Schwerhörige Personen können den Missouri Relay Service unter (800)735-2966 anrufen, um sich bei diesem Anruf helfen zu lassen.



ADA Beschwerdeformular

Vers. 12/2020

Haben Sie bereits eine Beschwerde bei einer anderen Behörde oder einem Gericht auf Bundes-, bundesstaatlicher oder lokaler Ebene eingereicht?

Ja

Nein

Wenn Ja, listen Sie die entsprechende(n) Einrichtung(en) bitte samt Kontaktdaten auf:

Einrichtung:
Kontaktperson:
Straße, Ort, Staat und Zip:
Telefonnummer und E-Mail-Adresse:
Einrichtung:
Kontaktperson:
Straße, Ort, Staat und Zip:
Telefonnummer und E-Mail-Adresse:

Ich versichere, die obenstehende Anzeige gelesen zu haben und bestätige, dass sie nach meinem besten Wissen und Gewissen der Wahrheit entspricht.

Unterschrift des Beschwerdeführers

Datum

Name des Beschwerdeführers in Druckbuchstaben

Datum