



ADA शिकायत फॉर्म

संशोधन 11/2021

Missouri परिवहन विभाग बाह्य नागरिक अधिकार खंड

Missouri परिवहन विभाग (MoDOT) यह सुनिश्चित करने के लिए वचनबद्ध है कि अमेरिकी विकलांग अधिनियम (ADA), 1990 में प्रदत्त किए अनुसार किसी भी व्यक्ति को निपुणता के आधार पर इसकी सेवाओं में भाग लेने से रोका न जाए या इन सेवाओं का लाभ प्रदान करने से मना न किया जाए। ADA शिकायतें कथित भेदभाव की तिथि से 180 दिनों के भीतर दर्ज की जानी चाहिए।

आपकी शिकायत की प्रक्रिया करने में हमारी मदद के लिए निम्न जानकारी आवश्यक है। यदि इस फॉर्म को भरने में आपको किसी भी मदद की आवश्यकता हो, तो कृपया (573)526-2978 पर कॉल करके शीर्षक VI कोऑर्डिनेटर से संपर्क करें। फॉर्म भरकर इस पते पर भेजें: MoDOT External Civil Rights Division, Title VI Coordinator, P.O. Box 270, Jefferson City, Missouri 65102-0270 या ADA@modot.mo.gov पर भेजें

नाम:
मार्ग पता, शहर, राज्य और ज़िप:
फ़ोन नंबर और ईमेल पता:
वैकल्पिक फ़ोन नंबर:
व्यक्ति(व्यक्तियों) का नाम जिनके साथ भेदभाव किया गया है (शिकायतकर्ता के अलावा अन्य कोई व्यक्ति होने पर):
मार्ग पता, शहर, राज्य और ज़िप:
फ़ोन नंबर और ईमेल पता:
वैकल्पिक फ़ोन नंबर:

मुझे लगता है कि मेरे साथ जो भेदभाव हुआ था वह (लागू होने वाले सभी विकल्पों पर सही का निशान लगाएँ) पर आधारित था

- अभिगम्यता समस्या विकलांगता के आधार पर भेदभाव
 अन्य: _____

पृष्ठ 4 का 1

एक्सेसिबल फॉर्मेट्स: यह दस्तावेज अनुरोध किए जाने पर एक्सेसिबल फॉर्मेट्स में उपलब्ध होता है। इस शिकायत फॉर्म की कागजी प्रतियाँ प्राप्त करने और साथ ही इन एक्सेसिबल फॉर्मेट्स के बारे में जानकारी प्राप्त करने के लिए MoDOT के बाह्य नागरिक अधिकार खंड को (573)526-2978 पर कॉल करें। सुनने में परेशानी वाले लोग कॉल में सहायता के लिए Missouri रिस्ते सेवा को (800)735-2966 पर संपर्क कर सकते हैं।



ADA शिकायत फॉर्म

संशोधन 12/2020

क्या आपने किसी भी अन्य संघीय, राज्य या स्थानीय एजेंसी/एजेंसियों/न्यायालय(न्यायालयों) में शिकायत दर्ज की है?

हाँ

नहीं

यदि शिकायत दर्ज की है, तो कृपया उन एजेंसियों को सूचीबद्ध करें जहाँ आपने शिकायत दर्ज की है और उनकी संपर्क जानकारी प्रदान करें:

एजेंसी:
संपर्क व्यक्ति:
मार्ग पता, शहर, राज्य और ज़िप:
फ़ोन नंबर और ईमेल पता:
एजेंसी:
संपर्क व्यक्ति:
मार्ग पता, शहर, राज्य और ज़िप:
फ़ोन नंबर और ईमेल पता:

मैं अभिपुष्टि करता हूँ कि मैंने उपरोक्त आरोप पढ़ लिया है और यह मेरे सर्वश्रेष्ठ ज्ञान, जानकारी और विश्वास के अनुसार सत्य है।

शिकायतकर्ता का हस्ताक्षर

तिथि

शिकायतकर्ता का मुद्रित नाम

तिथि