



**ADA DISCRIMINATION COMPLAINT FORM**

<b>1. Name (Complainant)</b>  <b>2. Home Address (Street, City, State, Zip)</b>  <b>3. Telephone (s)</b>  <b>E-mail Address</b>		<b>4. Person discriminated against (if other than complainant)</b>  <b>Name</b>  <b>Address</b>  <b>City, State, Zip</b>  <b>Telephone number(s)</b>	
<b>5. Name of person(s) who allegedly discriminated against you, if known</b>	<b>6. Date of allege incident</b>	<b>7. Location of alleged incident</b>	
<b>8. Type of alleged discrimination</b>	<b>9. Explain what happened and how you believe you were discriminated against (how you were treated differently than others)</b>		
<b>10. Fully identify any person(s) we may contact for additional information to support or clarify your allegations [name, address, telephone(s)]</b>			
<b>11. What other information do you have which is relevant to an investigation of this complaint?</b>			
<b>12. How can your issue(s) be resolved to your satisfaction?</b>		<b>13. If you have filed this complaint with CobbLinc before, please specify when, where, and how?</b>	
<b>Signature</b>		<b>Date:</b>	
<b>If you need more space, attach additional sheet(s). Attach any supporting documentation you have.</b>			



## ADA DISCRIMINATION COMPLAINT FORM

### FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE ADA DISCRIMINACIÓN

<b>1. Nombre (demandante)</b>		<b>4. Personas discriminadas negativamente (si es distinta del demandante)</b>	
<b>2. Domicilio particular (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)</b>		Nombre	
<b>3. Teléfono(s)</b>		Dirección	
Dirección de correo electrónico		Ciudad, Estado, Código Postal	
		Número de teléfono(s)	
<b>5. Nombre de la persona(s) involucradas, si sabe</b>	<b>6. Fecha del presunto incidente</b>	<b>7. Ubicación del presunto incidente</b>	
<b>8. Tipo de presunta discriminación</b>	<b>9. Explicar lo que sucedió y cómo usted cree que se discrimina contra usted (cómo se siente otra persona donde tratan de manera diferente de lo que) indican que se trata y explicar cuál es su función.</b>		
<b>10. Identificar plenamente cualquier persona(s) que podamos contactar para obtener información adicional de apoyo de aclarar sus denuncias [nombre, dirección, teléfono(s)]</b>			
<b>11. ¿Qué otro tipo de información tiene que sea relevante para la investigación de la denuncia?</b>			
<b>12. ¿Cómo cree usted que podría resolverse satisfactoriamente?</b>		<b>13. Si has tenido previamente esta queja con CobbLinc, por favor especificar cuándo, dónde y cómo?</b>	
<b>Firma</b>		<b>Fecha:</b>	
<b>Si necesita más espacio, adjunte hojas adicionales). Adjuntar cualquier documentación de apoyo que usted tiene.</b>			

Dirección postal:  
463 Commerce Park Drive Suite 112 Marietta Ga.  
30060 ATTN: Administrador de proyectos de  
paratransporte