

ADA: 投诉流程 (ADA: Complaint Process)

斯塔克拉拉谷交通局 (Santa Clara Valley Transportation Authority, VTA) 为全县居民提供平等使用交通服务的机会。

为符合 1990 年美国残疾人法案 (Americans with Disabilities Act, “ADA”) 的要求，特制定本申诉程序。任何人，如果认为因在 VTA 提供的服务、活动、项目或福利中由于残疾而受到歧视，可使用这一程序提出投诉。有关残疾人就业歧视的问题可遵照 VTA 人事政策。

提出投诉 (Filing a Complaint)

投诉必须在所申诉的歧视事件发生后不超过 180 个日历日内提出。最好是使用 ADA 投诉表（如下所述）提出书面投诉，然后将其寄至：

ADA Coordinator
Office of Diversity and Inclusion
Santa Clara Valley Transportation Authority
3331 North First Street, B1
San Jose, CA 95134
(408) 321-2300
www.vta.org

VTA 客户服务中心（电话(408) 321-2300）还将受理和抄录口头投诉。您还可向外部机构提出投诉，如联邦交通管理局 ([Federal Transit Administration](#))、平等就业机会委员会 ([Equal Employment Opportunity Commission](#)) 或公平就业和住房部 ([Department of Fair Employment and Housing](#))。有关提出 ADA 投诉的详细信息，请查看各个机构网站上的信息。

如果同时向 VTA 及外部机构提出投诉，则外部受理的投诉将取代 VTA 受理的投诉。但 VTA 将继续对该投诉进行自主调查并得出结果。

调查 (Investigations)

在收到正式投诉后的 10 个工作日内，ADA 协调员 (ADA Coordinator) 将通知投诉者并展开调查。

对 VTA 任何部门的投诉都将受到调查。将会同员工关系部并根据其建议进行调查。

调查包括，与受影响的各方就投诉进行讨论，以确定问题。在调查过程中，投诉者可由律师或其他的首选代表人出面代表，且可找证人提供证词并呈递证据。

调查工作将在收到正式投诉后 60 天内开展并完成。

ADA 协调员根据搜集的全部信息撰写调查报告以提交给首席行政官。

投诉者将于 60 天限期之前收到陈述最后决定的信函。多数调查会于 30 天内完成。

投诉者将被告知就决定提出申诉的权利。可向联邦交通管理局([Federal Transit Administration](#))、平等就业机会委员会([Equal Employment Opportunity Commission](#)) 或公平就业和住房部([Department of Fair Employment and Housing](#))等机构提出申诉。

ADA 协调员或其指定人员收到的所有书面投诉、联邦交通管理局、平等就业机会委员会或公平就业和住房部收到的申诉以及这些办事处的回复均将由 VTA 保存至少三年。

ADA 投诉表 ([ADA COMPLAINT FORM](#))

美国残疾人法案投诉表

(Americans with Disabilities Act Complaint Form)

圣塔克拉拉谷交通局

(Santa Clara Valley Transportation Authority, VTA)

依照 1990 年美国残疾人法案（简称“ADA”）第 II 条中的规定，VTA 致力于确保任何人不得因残疾而被拒绝参与其服务、计划或活动。ADA 投诉必须在所申诉事件发生日期后 180 天内提出。

请提供以下必要信息，以协助我们处理您的投诉。您在填写此表格时若需要任何协助或希望进行口头投诉，请拨打 (408) 321-2300 致电 ADA 协调员 (ADA Coordinator)。填好的表格必须送返给 ADA 协调员 (3331 North First Street, Building B-1, San Jose, CA 95134)。

投诉者： Complainant:	电话： Phone:
街道地址： Street Address:	其他电话： Alt Phone:
	城市，州，邮政编码 City, State, Zip Code
准备提出投诉的人（若非投诉者本人）： Person Preparing Complaint (if different from Complainant):	
街道地址，城市，州，邮编： Street Address, City, State, Zip Code	

事件发生日期 (Date of Incident): _____

请描述所申诉的歧视事件，包括地点（如适用）。请提供所涉及的 VTA 员工的姓名与职务（如获知）。

接下页

事件描述（续）：

您是否已向其他的联邦、州或地方机构提出投诉？是/否（圈选一项）。

如果选择是，请在下面列出机构和联系人信息：

机构
Agency

联系人姓名
Contact Name

街道地址，城市，州，邮政编码
Street Address, City, State, Zip Code

电话
Phone

机构
Agency

联系人姓名
Contact Name

街道地址，城市，州，邮政编码
Street Address, City, State, Zip Code

电话
Phone

本人确认已阅读上述申诉信息，且依本人所知、所闻及所信情况确定上述内容属实。

投诉者签名
Complainant's Signature

日期
Date

请用正楷体或键盘输入的方式填写投诉者的姓名
Print or Type Name of Complainant

接收日期: _____

Date Received:

接收人: _____

Received By: