

ADA: शिकायत प्रक्रिया (ADA: Complaint Process)

सैंटा क्लाराघाटी परिवहन प्राधिकरण (Santa Clara Valley Transportation Authority, VTA) सभी नागरिकों को अपनी परिवहन सेवा तक समान पहुँच सुझैया करता है।

यह शिकायत प्रक्रिया विकलांग अमरीकी अधिनियम 1990 ("ADA") की अपेक्षाओं को पूरा करने के लिए संस्थापित है। इसका इस्तेमाल कोई भी ऐसा व्यक्ति कर सकता है जो VTA द्वारा सेवाओं, कार्यकलापों, कार्यक्रमों के प्रावधान में विकलांगता के आधार पर भेदभाव का आरोप लगाते हुए शिकायत करना चाहता है। VTA की कार्मिक नीति विकलांगता के आधार पर रोज़गार-संबंधी भेदभाव की शिकायतों का विनियमन करती है।

शिकायत दर्ज करना

शिकायत कथित भेदभावपूर्ण घटना की तिथि से अधिकतम 180 कैलेंडर दिन के अंदर अवश्य दर्ज कराई जाए। शिकायत दर्ज करने का पसंदीदा तरीका ADA शिकायत फार्म (जो नीचे दिया गया है) का प्रयोग करके लिखित में शिकायत दर्ज कराना और उसे निम्नलिखित को भेजना है:

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 के ग्राहक सेवा केंद्र द्वारा (408) 321-2300 पर संपर्क करके की जानी वाली मौखिक शिकायतें स्वीकार की जाएंगी तथा लिखित रूप में परिवर्तित की जाएंगी। संघीय संक्रमण प्रशासन ([Federal Transit Administration](#)), समान रोज़गार अवसर आयोग ([Equal Employment Opportunity Commission](#)), या उचित रोज़गार एवं आवास विभाग ([Department of Fair Employment and Housing](#)) जैसी बाह्य संस्थाओं के पास भी शिकायत दर्ज कराई जा सकती है। ADA शिकायतें दर्ज करने के संबंध में अधिक जानकारी के लिए, कृपया संबंधित एजेंसी की वेबसाइट पर सूचनाओं की समीक्षा करें।

यदि VTA एवं बाह्य संस्था के पास शिकायत एकसाथ दर्ज कराई जाती है, तो बाह्य शिकायत VTA शिकायत का अधिक्रमण करेगी। हालांकि, VTA शिकायत का अपना अन्वेषण जाँच जारी रखेगा एवं निष्कर्षों को उपलब्ध करवाएगा।

अन्वेषण

औपचारिक शिकायत प्राप्त होने के 10 कार्य दिन के अंदर ADA समन्वयकर्ता शिकायतकर्ता को अधिसूचित करेगा और अन्वेषण शुरू करेगा।

अन्वेषणों में VTA के किसी भी विभाग(गों) के विरुद्ध शिकायत की पूछताछ की जाएगी। अन्वेषण कर्मचारी संबंध विभाग के संयोजन में तथा उसकी सलाह में संचालित किया जाएगा।

अन्वेषण में समस्या के निर्धारण के लिए सभी प्रभावित पक्षों के साथ शिकायत पर चर्चा(चर्चाएं) शामिल हो सकती हैं। शिकायतकर्ता का प्रतिनिधित्व कोई वकील या उसकी अपनी पसंद का अन्य प्रतिनिधि कर सकता है तथा वह अन्वेषण के दौरान गवाहों को ला सकता है एवं प्रमाण व साक्ष्य प्रस्तुत कर सकता है।

औपचारिक शिकायत प्राप्त होने के 60 दिन के अंदर अन्वेषण संचालित और पूरा किया जाएगा।

प्राप्त की गई सभी सूचनाओं के आधार पर, ADA समन्वयकर्ता द्वारा मुख्य प्रशासनिक अधिकारी को प्रस्तुत करने के लिए एक अन्वेषण रिपोर्ट लिखी जाएगी।

शिकायतकर्ता एक पत्र प्राप्त करेगा जिसमें यह उल्लेख होगा कि अंतिम निर्णय 60 दिन की समय सीमा के अंत तक हो जाएगा। अधिकांश अन्वेषण 30 दिन के अंदर पूरे हो जाते हैं।

शिकायतकर्ता को निर्णय के विरुद्ध अपील करने के उसके अधिकार के बारे में अधिसूचित किया जाएगा। अपीलें संघीय संक्रमण प्रशासन ([Federal Transit Administration](#)), समान रोजगार अवसर आयोग ([Equal Employment Opportunity Commission](#)), या उचित रोजगार एवं आवास विभाग ([Department of Fair Employment and Housing](#)) के पास की जा सकती हैं।

ADA समन्वयकर्ता या उसके नामिती द्वारा प्राप्त सभी लिखित शिकायतें, संघीय संक्रमण प्रशासन, समान रोजगार अवसर आयोग या उचित रोजगार एवं आवास विभाग के यहाँ आने वाली अपीलें और इन कार्यालयों की प्रतिक्रियाएं VTA द्वारा कम से कम तीन साल तक सुरक्षित रखी जाएंगी।

ADA शिकायत फार्म ([ADA COMPLAINT FORM](#))

विकलांगता ग्रस्त अमरीकी अधिनियम शिकायत फॉर्म

Americans with Disabilities Act Complaint Form

सैंटा क्लाराघाटी परिवहन प्राधिकरण

Santa Clara Valley Transportation Authority, VTA

जैसा कि 1990 विकलांगता ग्रस्त अमरीकी अधिनियम ("ADA") के शीर्षक II में प्रावधान है, VTA यह सुनिश्चित करने के लिए प्रतिबद्ध है कि अपनी विकलांगता के आधार पर कोई भी व्यक्ति इसकी सेवाओं, कार्यक्रमों या कार्यकलापों में पहुँच से वंचित न रहे। कथित घटना की तारीख से 180 दिन के भीतर ADA शिकायतें अवश्य दर्ज की जानी चाहिए।

आपकी शिकायत पर कार्रवाई करने में हमारी सहायता के लिए निम्नलिखित सूचना आवश्यक है। यदि इस फॉर्म को भरने में आपको किसी सहायता की जरूरत हो या आप मौखिक शिकायत करना चाहते हैं, तो कृपया (408) 321-2300 पर कॉल करके ADA समन्वयकर्ता से संपर्क करें। भरा गया फॉर्म ADA Coordinator, 3331 North First Street, Building B-1, San Jose, CA 95134 को वापस अवश्य भेजा जाए।

शिकायतकर्ता: Complainant:	फोन: Phone:
स्ट्रीट का पता: Street Address:	वैकल्पिक फोन: Alt Phone:
	शहर, राज्य, ज़िप कोड City, State, Zip Code
शिकायत तैयार करने वाला व्यक्ति (यदि शिकायतकर्ता से अलग हो): Person Preparing Complaint (if different from Complainant):	
स्ट्रीट का पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड Street Address, City, State, Zip Code	

घटना की तारीख (Date of Incident): _____

कृपया कथित भेदभाव की घटना का वर्णन स्थान(नों) सहित करें, यदि लागू हो। VTA के लिप्त कर्मचारियों के नाम और पद उपलब्ध कराएं, यदि उपलब्ध हों।

अगले पृष्ठ पर जारी रखें

घटना का विवरण जारी:

क्या आपने किसी अन्य संघीय, राज्य या स्थानीय एजेंसियों के पास शिकायत दर्ज करवाई है? हां / नहीं (एक गिर्द चक्र लगायें)।
यदि हां, तो नीचे एजेंसी / एजेंसियों एवं संपर्क सूचनाओं को सूचीबद्ध करें:

एजेंसी	संपर्क का नाम
Agency	Contact Name

स्ट्रीट का पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड	फोन
Street Address, City, State, Zip Code	Phone

एजेंसी	संपर्क का नाम
Agency	Contact Name

स्ट्रीट का पता, शहर, राज्य, ज़िप कोड	फोन
Street Address, City, State, Zip Code	Phone

मैं पुष्टि करता हूँ कि मैंने उपर्युक्त आरोप को पढ़ लिया है तथा यह कि मेरे सर्वोत्तम ज्ञान, सूचना और विश्वास के अनुसार यह सच है।

शिकायतकर्ता के हस्ताक्षर
Complainant's Signature

तारीख
Date

शिकायतकर्ता का नाम बड़े अक्षरों में लिखे या टाइप करें
Print or Type Name of Complainant

प्राप्ति की तारीख: _____
Date Recieved:
प्राप्तकर्ता: _____
Received By: