

ADA: Работа с жалобами

ADA: Complaint Process

Управление по транспортным услугам в долине Санта-Клара (Santa Clara Valley Transportation Authority) (VTA) предоставляет всем гражданам равный доступ к своим транспортным услугам.

Настоящий порядок рассмотрения жалоб (Grievance Procedure) установлен в соответствии с законом «Об американцах-инвалидах» от 1990 года (Americans with Disabilities Act of 1990) («ADA»). Он может использоваться любым, кто желает подать жалобу о дискриминации по признаку инвалидности при предоставлении услуг, проведении мероприятий, реализации программ или льгот VTA. Работа с жалобами на дискриминацию по признаку инвалидности на рабочем месте регулируется правилами VTA для работников (Personnel Policy).

Подача жалобы

Жалоба должна быть подана не позднее 180 календарных дней с даты заявляемого случая дискриминации. Предпочтительной является подача жалобы в письменной форме путем направления заполненного бланка жалобы ADA (ADA Complaint Form) (приведен ниже) по адресу:

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

Устные жалобы принимаются и оформляются в центре обслуживания клиентов VTA по телефону (408) 321-2300. Также возможно обращение с жалобой в сторонние организации, такие как Федеральное управление по пассажирским перевозкам ([Federal Transit Administration](#)), Комиссия по соблюдению равноправия при трудоустройстве ([Equal Employment Opportunity Commission](#)) и Департамент штата Калифорния по вопросам недопущения дискриминации при найме на работу и продаже и аренде жилья ([Department of Fair Employment and Housing](#)). Подробную информацию о порядке подачи жалоб на основании ADA можно найти на веб-сайтах этих организаций.

Если жалоба одновременно подается в VTA и в стороннюю организацию, её рассмотрением занимается сторонняя организация, а не VTA. При этом VTA проведёт собственное расследование по жалобе и представит свои выводы.

Расследование

В течение 10 рабочих дней с момента получения официальной жалобы координатор ADA (ADA Coordinator) направляет уведомление автору жалобы и начинает расследование.

Расследование может касаться жалоб на действия любого отдела (отделов) VTA. Расследование проводится совместно с отделом кадров (Employee Relations Department) и по его рекомендациям.

В ходе расследования могут проводиться беседы с заинтересованными сторонами по существу вопроса. От лица автора жалобы может выступать адвокат или другой уполномоченный им представитель. В ходе расследования автор жалобы вправе представлять свидетелей, свидетельские показания и доказательства происшедшего.

Расследование завершается в 60-дневный срок с момента поступления официальной жалобы.

На основании всех имеющихся данных координатор ADA (ADA Coordinator) составляет отчет по результатам расследования, который направляется главному администратору (Chief Administrative Officer).

Автору жалобы в 60-дневный срок направляется письменное уведомление о принятом решении. Как правило, расследования такого рода занимают не более 30 дней.

Автору жалобы направляется уведомление о праве на обжалование принятого решения. Заявки на обжалование могут подаваться в Федеральное управление по пассажирским перевозкам ([Federal Transit Administration](#)), Комиссию по соблюдению равноправия при трудоустройстве ([Equal Employment Opportunity Commission](#)) или Департамент штата Калифорния по вопросам недопущения дискриминации при найме на работу и продаже и аренде жилья ([Department of Fair Employment and Housing](#)).

Все письменные жалобы, полученные координатором ADA (ADA Coordinator) или назначенным им лицом, апелляции, поданные в Федеральное управление по пассажирским перевозкам (Federal Transit Administration), Комиссию по соблюдению равноправия при трудоустройстве (Equal Employment Opportunity Commission) или Департамент штата Калифорния по вопросам недопущения дискриминации при найме на работу и продаже и аренде жилья (Department of Fair Employment and Housing), а также ответы, полученные от этих организаций, хранятся VTA не менее трех лет.

БЛАНК ЖАЛОБЫ НА ОСНОВАНИИ ADA ([ADA COMPLAINT FORM](#))

Бланк жалобы на несоблюдение закона «Об американцах-инвалидах»

Americans with Disabilities Act Complaint Form

Управление по транспортным услугам в долине Санта-Клара

Santa Clara Valley Transportation Authority (VTA)

Управление ставит своей целью гарантировать, что никому не будет отказано в доступе к его услугам, программам или мероприятиям по причине инвалидности, как это предусмотрено Разделом II закона «Об американцах-инвалидах» 1990 года (Americans with Disabilities Act of 1990) («ADA»). Жалобы на несоблюдение ADA должны подаваться в течение 180 дней с момента предполагаемого нарушения.

Для обработки жалобы нам необходимы перечисленные ниже сведения. Если вам нужна помощь в заполнении этого бланка или если вы хотите подать жалобу в устной форме, обратитесь к координатору ADA (ADA Coordinator) по телефону (408) 321-2300. Заполненный бланк жалобы необходимо направить координатору ADA (ADA Coordinator) по адресу: 3331 North First Street, Building B-1, San Jose, CA 95134.

Автор жалобы: Complainant:	Телефон: Phone
Дом, улица: Street Address:	Дополнительный телефон: Alt Phone:
	Город, штат, почтовый индекс: City, State, Zip Code
Составитель жалобы (если он не является автором жалобы): Person Preparing Complaint (if different from Complainant):	
Дом, улица, город, штат, почтовый индекс: Street Address, City, State, Zip Code	

Дата нарушения (Date of Incident): _____

Опишите заявленное проявление дискриминации с указанием, в соответствующем случае, места (мест), где это произошло. Укажите, если знаете, имена и должности сотрудников VTA, допустивших нарушение.

Продолжите на следующей странице

Продолжение описания нарушения:

Подавали ли вы жалобу в любую другую организацию федерального, регионального или местного уровня? Да / нет (обведите нужное).

Если подавали, укажите ниже название и контактные данные организации или организаций:

Организация Agency	Контактное лицо Contact Name
-----------------------	---------------------------------

Дом, улица, город, штат, почтовый индекс Street Address, City, State, Zip Code	Телефон Phone
---	------------------

Организация Agency	Контактное лицо Contact Name
-----------------------	---------------------------------

Дом, улица, город, штат, почтовый индекс Street Address, City, State, Zip Code	Телефон Phone
---	------------------

Ознакомившись с изложенным выше обвинением, настоящим подтверждаю что, насколько мне известно, оно соответствует действительности.

Подпись автора жалобы
Complainant's Signature

Дата
Date

Укажите имя автора жалобы печатными буквами
Print or Type Name of Complainant

Дата получения: _____

Date Received:

Получил: _____

Received By: