**La Crosse County** – Formulario de Complemento/Queja

Queremos sus comentarios. Si desea enviar una queja o comentario, complete este formulario y envíelo por correo electrónico a contactus@lacrossecounty.org o en persona a la dirección que aparece a continuación.

Por favor, entregar este formulario electrónicamente o en persona a la dirección debajo.

**La Crosse County**

212 6th Street N

La Crosse, WI 54601

También, puede nos llamar a 608-785-5919. Por favor, provea su información de contacto para recibir una respuesta.

|  |
| --- |
| **Sección A: Requisitos de formato accesible** |
| Por favor marque el formato preferido para este documento. |
| [ ]  Letra grande | [x]  TDD o Retransmisión | [ ]  Grabación de audio | [ ]  Otra (si lo selecciona, indique qué tipo de formato necesita en la casilla a continuación) |
| Haga clic o toque aquí para ingresar el texto  |

|  |
| --- |
| **Sección B: Información de contacto**  |
| Nombre Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | Número de teléfono (incluyendo el Código de área) Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| Dirección Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | Ciudad Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| Estado Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | Código postal Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| Correo electrónico Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| ¿Está usted presentando esta queja en su propio nombre?  | [ ]  Sí  | [ ]  No |
| Si la respuesta es No, por favor proporcione el nombre y la relación de la persona por quien está presentando la queja y por qué está usted completando el formulario en su nombre en la casilla a continuación. |
| Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| Por favor, confirme que usted ha obtenido el permiso de la parte agraviada si usted está presentando en nombre deun tercero. | [ ]  Sí | [ ]  No |

|  |
| --- |
| **Sección C: Tipo de comentario** |
| **¿Qué tipo de comentario estás usted proveyendo? Por favor, marque qué la categoría que mejor corresponde.**  |
| [ ]  Queja | [ ]  Sugerencia | [ ]  Cumplido | [ ]  Otra |
| **¿Cual de las siguiente describe la naturaleza del comentario? Por favor, marque uno o más de las casillas de verificación.** |
| [ ]  Raza | [ ]  Color | [ ]  Nacionalidad de Origen | [ ]  Religión |
| [ ]  Edad | [ ]  Sexo | [ ]  Servicio | [ ]  Estado de Ingresos |
| [ ]  Ley de Estadounidenses con Discapacidades (A.D.A. por sus siglas en inglés) | [x]  Ley de Estadounidenses con Discapacidades (A.D.A. por sus siglas en inglés) |

|  |
| --- |
| **Sección D: Detalles de comentario** |
| **Por favor, responda las siguientes preguntas con respecto a su comentario.**  |
| ¿El incidente ocurrió en el siguiente tipo de servicio? Por favor marque cualquier casilla que corresponda. | [ ]  Paratránsito | [x]  Viajes Compartidos en Taxi | [ ]  Autobús |
| ¿Cuál fue la fecha de la ocurrencia?  | Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año |
| ¿Cuál fue la hora de la ocurrencia?  | Haga clic para agregar la hora |
| ¿Cuál es el nombre o identificación del empleado o empleados involucrados? | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| ¿Cuál es el nombre o identificación de otros involucrados, si corresponde? | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| ¿Cuál es el numero o nombre de la ruta en la que usted viajaba, si corresponde?  | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| ¿Cuál era la dirección o destino al que usted se dirigía cuando ocurrió el incidente, si corresponde?  | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| ¿Donde fue el lugar de la ocurrencia?  | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| ¿Estuvo involucrado el uso de una ayuda de movilidad en el incidente?  | [ ]  Sí  | [ ]  No |
| Por favor, agregue cualquier detalle descriptivo adicional acerca del incidente. | Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |
| **En la casilla a continuación, por favor explique tan claro como le sea posible lo que sucedió y por qué cree que fue discriminado.** |
| Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |

|  |
| --- |
| **Sección E: El seguimiento** |
| ¿Podemos comunicarnos con usted si necesitamos más detallas o información?  | [ ]  Sí  | [ ]  No |
| **Si la respuesta es Sí, ¿Cómo le gustaría que nos comunicáramos con usted? Por favor seleccione su forma de comunicación preferida a continuación** |
|  [ ]  Teléfono  | [ ]  Correo electrónico  | [ ]  Correo Postal |
| **Si prefiere que nos comuniquemos por teléfono, indique el mejor día y hora para comunicarnos con usted.** |
| Haga clic para agregar su horario preferido | Haga clic aqui para agregar su día preferido |
| **Si corresponde, por favor enumere a continuación todas las agencias adicionales ante las cuales usted ha presentado esta queja, tales como agencias federales, estatales, locales o ante cualquier tribunal Federal o Estatal. Por favor incluya la información de contacto del lugar al cual se envió la queja.** |
| Haga clic o toque aquí para introducir el texto |

|  |
| --- |
| **Sección F: Resultado deseado** |
| **Por favor, enumere a continuación qué pasos le gustaría seguir para abordar el conflicto o problema.** |
| Haga clic o toque aquí para ingresar el texto |

|  |
| --- |
| **Sección G: Firma** |
| **Por favor, adjunte algunos documentas que tenga que apoya la denuncia. Luego, feche y firme este formulario y envíelo a La Crosse County.** |
| Nombre Haga clic o toque aquí para ingresar el texto | **Fecha:** Haga clic para agregar la fecha en el siguiente formato: Día, mes, año |
| Firma Haga clic o toque aquí para introducir el texto |