



Date Appeal Received/Fecha de Recibo de la Apelación

Complaint Number/Número de la Denuncia

Corpus Christi Regional Transportation Authority Formulario de Apelación bajo la Ley Sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)

Toda apelación a una decisión final se deberá presentar en el transcurso de diez (10) días hábiles a partir del recibo la carta de notificación de la decisión final.

I. INFORMACIÓN DEL APELANTE

Nombre	
Dirección	
Ciudad – Estado – Código Postal	
Teléfono	Dirección de Correo Electrónico
¿Requisitos de Formato Accesible? Telecomunicaciones para Sordos (TDD)	
<input type="checkbox"/> Letra Grande	<input type="checkbox"/> Dispositivo de Cinta de Audio <input type="checkbox"/> Otro

II. INFORMACIÓN DE LA PERSONA PRINCIPAL O TERCERO

¿Está presentando esta apelación por sí mismo?
<input type="checkbox"/> SÍ → Si contestó “SÍ”, pase a la Sección III.
<input type="checkbox"/> NO → Si contestó “NO” a la pregunta, conteste las siguientes preguntas:
a. Por favor indique el nombre y su relación con la persona a favor de la cual está apelando.
b. Por favor confirme que ha obtenido el permiso de la parte agraviada, si presenta la apelación a favor de un tercero. <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

III. MOTIVO DE LA APELACIÓN

Creo que se debe revisar la Decisión Final tomada en este asunto, porque:
<input type="checkbox"/> Favor de explicar a continuación.

IV. CONTACTOS DE PRESENTACIÓN DE LA DENUNCIA

<p>¿Ha presentado esta denuncia ante alguna otra agencia federal, estatal o local, o ante algún tribunal federal o estatal?</p> <p><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Si contestó “SÍ”, marque todas las opciones que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Agencia Federal <input type="checkbox"/> Agencia Estatal <input type="checkbox"/> Agencia Local</p> <p><input type="checkbox"/> Tribunal Federal <input type="checkbox"/> Tribunal Estatal</p>
<p>Por favor indique la información de la persona de contacto en la agencia o tribunal en donde se presentó la denuncia.</p>
<p>Nombre:</p>
<p>Título:</p>
<p>Agencia:</p>
<p>Ciudad – Estado – Código Postal:</p>
<p>Teléfono:</p>

Puede adjuntar cualquier material escrito u otra información que considere pertinente para su apelación.

Firma del Denunciante

Fecha

Por favor presente este formulario en persona en la dirección que aparece a continuación, o envíe este formulario por correo a:

Corpus Christi Regional Transportation Authority
ATTENTION: CCRTA Chief Executive Officer
602 N. Staples Street
Corpus Christi, TX 78401

OFFICE USE ONLY

Jurisdiction: on or before 90 days post event	
Closure:	
<input type="checkbox"/> 1 – Closure Letter	
<input type="checkbox"/> 2 – Letter of Finding	
<input type="checkbox"/> 3 – Administrative (FC)	
<input type="checkbox"/> 4 – Administrative (CW)	
Appeal: 10 days post date of Closure Letter or Letter of Finding	

CERTIFICATION

I, Lorena Parada-Valdes, do certify that the attached three-page appeal form in Spanish is a true and correct translation of the original three-page appeal form in English, to the best of my ability.



Lorena Parada-Valdes,
Federally Certified Court Interpreter
Nationally Certified Judiciary Interpreter and Translator
FOXP2Go
PO Box 6245
Corpus Christi TX 78466-6245

Date: July 10, 2019