

Centro de Acción Voluntaria del Norte de Illinois

Formulario de Apelación de Modificación Razonable de la ADA

VAC se compromete a ofrecer oportunidades equitativas y efectivas y acceso a los servicios de transporte público de nuestra agencia para personas con discapacidades y garantizar el pleno cumplimiento de las disposiciones de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990, Título II y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973.

Si se rechaza una solicitud de modificación razonable, el solicitante tiene derecho a apelar la decisión siguiendo los procedimientos de apelación de VAC. VAC tiene un proceso para registrar, investigar y rastrear apelaciones de personas calificadas. Este proceso de apelación está a cargo del Oficial ADA del VAC, quien es designado por la Junta Directiva. Los formularios de apelación están disponibles en las oficinas de VAC o en el sitio web de VAC en www.vacdk.org.

Cualquier persona que desee interponer un recurso de apelación con respecto una solicitud de Modificación Razonable que fue denegada podrá hacerlo por escrito vía fax, correo electrónico o en persona:

Centro de Acción Voluntaria
Dirigido a: El Oficial de ADA
1606 Bethany Road
Sycamore, IL 60178
Teléfono: (815) 758-3932
Fax: (815) 758-0202

Si se necesita más información para evaluar la apelación, VAC puede comunicarse con la persona que esté presentando la apelación. Si la información no se recibe dentro de los 30 días a partir de la fecha de la apelación original, la apelación se marcará como indeterminada y se cerrará.

El funcionario de ADA emitirá una carta de conclusión o una carta de cierre.

La carta de conclusión resumirá la apelación, las entrevistas realizadas y explicará las acciones que debe tomar VAC para sobrellevar la apelación.

La carta de cierre resumirá la apelación, las entrevistas realizadas y explicará cómo VAC determinó que la apelación no está justificada y la apelación se cerrará.

Centro de Acción Voluntaria del Norte de Illinois

Formulario de Apelación de Modificación Razonable de la ADA

Persona Apelando una Decisión de Modificación Razonable

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____ Teléfono alternativo: _____

Persona que apela una decisión de Modificación Razonable (si es alguien que no sea el/la demandante):

Nombre(s): _____

Dirección, ciudad, estado y código postal: _____

Fecha de la solicitud de modificación original: _____

Describa la presunta situación en detalle (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Sólo Para el uso de Oficina

Fecha de Recepción:	Fecha de Respuesta:	Aprobada / Denegada:	Firma:

Apuntes sobre la decisión:

For VAC Use Only

Received Date:	Responded Date:	Approved/Denied:	Signature:

Notes regarding decision: