

Lextran 《残疾美国人法案》投☒指控表

第一部分

姓名:

地址:

电话 (家庭):

电话 (手机):

电子邮件:

无障碍格式要求?

大字体

音☒

耳聋通话设备/电话中转服务

其他

第二部分

公共交通服务: 固定线路/辅助公交 Wheels

事件发生日期:

事件发生时间:

员工姓名 (如果知道):

车辆识别号/线路名称或号码:

事件发生地点:

使用的出行辅助工具 (如有使用):

对事件的描述:

如果需要更多空白处, 请使用这张表的背面。

第三部分

哪种方式联系您最方便? (选择一项) 电话/电子邮件/邮政信函

什么时间联系您最方便?

您可以附上您认为与您的投诉指控相关的任何书面材料或其他信息。

签字☐

日期☐

请使用电子邮件提交这张表: compliance@lextran.com, 在以下地址当面提交, 或者把这张表邮寄至以下地址:

Lextran
ADA Coordinator
200 West Loudon Avenue
Lexington, KY 40508