



Wayne County Airport Authority

**Americans with Disabilities Act (ADA) Title II
Complaint Form**

Purpose: In accordance with the requirements of Title II of the Americans with Disabilities Act of 1990 (“ADA”), the Wayne County Airport Authority (“Airport Authority”) will not discriminate against qualified individuals with disabilities on the basis of disability in its services, programs, or activities. Use this form to file a complaint if you believe that the Wayne County Airport Authority (“Airport Authority”) has not provided adequate accommodation for a disability.

Instructions: Complete this form, then print and sign it, and mail or email it to:

Wayne County Airport Authority
 Detroit Metropolitan Wayne County Airport
 Attention: Darrell J. Dinges, ADA/Title VI Coordinator
 11050 Rogell Drive, #602
 Detroit, Michigan 48242
 Telephone: (734) 247-7370
accessibility@wcaa.us

Complainant Information

Complainant Name	Email Address		
Address	City	State	Zip Code
Home Phone (include area code) () -	Business Phone (include area code) () -		

Person (other than Complainant) Alleging an ADA Violation

Name	Email Address		
Address	City	State	Zip Code
Home Phone (include area code) () -	Business Phone (include area code) () -		

Airport Authority Service, Program or Facility Allegedly in Violation

Date Alleged Violation Occurred (dd/mm/yyyy)	Location (McNamara Terminal, Evans Terminal, Other)
--	---

Description of Service (Wheelchair Assistance, Ground Transportation, Other. Please indicate Airline if Traveling)
Has this case been filed with the Department of Justice or other government agency or court? Yes _____ No _____

If You Answered "Yes" to the Previous Question, Complete the Following

Agency or Court			
Contact Person			
Address	City	State	Zip Code
Phone (include area code) () -	Date Filed (dd/mm/yyyy)		
Other Comments			

Signature _____ Date _____

NOTE: Please be advised the Airport Authority is obligated to comply with the Michigan Freedom of Information Act, Michigan Compiled Laws (MCL) Section 15.231, *et seq.* Furnishing of the requested information is voluntary, except that the failure to provide such information may result in our being unable to process your complaint.



Autoridad Aeroportuaria del Condado de Wayne

Título II de la Ley de Americanos con Discapacidad (ADA, por sus siglas en inglés) Formulario de denuncia

Objetivo: De conformidad con los requisitos del Título II de la Ley de Americanos con Discapacidades de 1990 ("ADA"), la Autoridad Aeroportuaria del Condado de Wayne ("Autoridad Aeroportuaria") no discriminará a personas calificadas que tengan discapacidades con motivo de su discapacidad en sus servicios, programas o actividades. Utilice este formulario para presentar una denuncia si cree que la Autoridad Aeroportuaria del Condado de Wayne ("Autoridad Aeroportuaria") no ha proporcionado adaptaciones adecuadas para una discapacidad.

Instrucciones: Complete este formulario, imprímalo y fírmelo, y luego envíelo por correo o correo electrónico a:

Wayne County Airport Authority
 Detroit Metropolitan Wayne County Airport
 A la atención de: Darrell J. Dinges, ADA/Title VI Coordinator
 11050 Rogell Drive, #602
 Detroit, Michigan 48242
 Teléfono: (734) 247-7370
accessibility@wcaa.us

Información del denunciante

Nombre del denunciante	Dirección de correo electrónico		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono fijo (incluya código de área) () -	Teléfono de trabajo (incluya código de área) () -		

Persona (diferente del denunciante) que denuncia una violación de ADA

Nombre	Dirección de correo electrónico		
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono fijo (incluya código de área) () -	Teléfono de trabajo (incluya código de área) () -		

Servicio, programa o instalación de la Autoridad Aeroportuaria para la cual se denuncia la violación

Fecha en que ocurrió la violación denunciada (dd/mm/aaaa)	Ubicación (Terminal McNamara, Terminal Evans, otra)
Descripción del servicio (asistencia con la silla de ruedas, transporte por tierra, otro. Indique la aerolínea, si viajó)	
¿Este caso ha sido presentado ante el Departamento de Justicia u otra agencia gubernamental o tribunal? Sí _____ No _____	

Si su respuesta fue afirmativa en la pregunta anterior, complete lo siguiente

Agencia o tribunal			
Persona de contacto			
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono (incluye el código de área) () -		Fecha en que se presentó (dd/mm/aaaa)	
Otros comentarios			

Firma _____ Fecha _____

NOTA: Tenga en cuenta que la Autoridad Aeroportuaria está obligada a cumplir con la Ley de Libertad de Información de Michigan, Leyes recopiladas de Michigan (MCL, por sus siglas en inglés), artículo 15.231, *et. seq.* Proporcionar la información solicitada es voluntario, excepto en los casos en que no hacerlo puede provocar que no podamos procesar su denuncia.

هيئة مطار مقاطعة واين

الباب II من قانون الأميركيين ذوي الإعاقة (ADA) استمارة شكوى

الهدف: وفقاً لمتطلبات الباب II من قانون الأميركيين ذوي الإعاقة لعام 1990 ("ADA")، لن تقوم هيئة مطار مقاطعة واين ("هيئة المطار") بالتمييز ضد أفراد مؤهلين ذوي إعاقة على أساس الإعاقة في خدماتها أو برامجها أو أنشطتها. استخدم هذه الاستمارة لتقديم شكوى إذا كنت تعتقد أن هيئة مطار مقاطعة واين ("هيئة المطار") لم تقدم التسهيلات المناسبة للإعاقة.

التعليمات: أكمل هذه الاستمارة ومن ثم اطبعها ووقع عليها، وأرسلها عبر البريد أو البريد الإلكتروني إلى:

Wayne County Airport Authority
Detroit Metropolitan Wayne County Airport
Darrell J. Dinges, ADA/Title VI Coordinator إلى السيد:
11050 Rogell Drive, #602
Detroit, Michigan 48242
رقم الهاتف: (734) 247-7370
accessibility@wcaa.us

معلومات عن مقدم الشكوى

عنوان البريد الإلكتروني			اسم مقدم الشكوى
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان
رقم هاتف العمل (حدد رمز المنطقة)			رقم هاتف المنزل (حدد رمز المنطقة)
-			() -

الشخص (غير مقدم الشكوى) الذي يدعي انتهاك قانون الأميركيين ذوي الإعاقة (ADA)

عنوان البريد الإلكتروني			الاسم
الرمز البريدي	الولاية	المدينة	العنوان
رقم هاتف العمل (حدد رمز المنطقة)			رقم هاتف المنزل (حدد رمز المنطقة)
-			() -

الخدمة أو البرنامج أو التسهيلات الخاص بهيئة المطار الذي تم انتهاكه

الموقع (صالة ماكنمارا، صالة إيفانز، غير ذلك)	تاريخ حدوث الانتهاك المزعوم (اليوم/الشهر/السنة)

وصف الخدمة (المساعدة في الكرسي المتحرك، النقل البري، غير ذلك. يُرجى تحديد شركة الطيران إذا كنت مسافراً)
هل تم رفع هذه القضية إلى وزارة العدل أو أي وكالة حكومية أو محكمة أخرى؟ نعم _____ كلا _____

إذا أجبت بنعم على السؤال السابق، أكمل ما يلي

الوكالة أو المحكمة			
جهة الاتصال			
العنوان	المدينة	الولاية	الرمز البريدي
رقم الهاتف (حدد رمز المنطقة)	تاريخ التقديم (اليوم/الشهر/السنة)		
() -			
تعليقات أخرى			

التوقيع _____ التاريخ _____

ملاحظة: يُرجى العلم بأن هيئة المطار ملزمة بالامتثال لقانون حرية المعلومات في ميشيغان، والقسم 15.231 من قوانين ميشيغان المجموعة (MCL)، وما يليها. إن تزويد المعلومات المطلوبة طوعي، إلا أن عدم تقديم مثل هذه المعلومات قد يؤدي إلى عدم قدرتنا على معالجة شكواك.